

Bibliotherapie: Evaluation des Elternratgebers Triple P

Von der Fakultät für Lebenswissenschaften
der Technischen Universität Carolo-Wilhelmina
zu Braunschweig
zur Erlangung des Grades einer
Doktorin der Naturwissenschaften
(Dr.rer.nat.)
genehmigte
D i s s e r t a t i o n

von Marit Feldmann, geb. Albers
aus Bochum

1. Referentin: Prof. Dr. Nina Heinrichs

2. Referent: Prof. Dr. Wolfgang Schulz

eingereicht am: 26.09.06

mündliche Prüfung (Disputation) am: 18.12.2006

Druckjahr 2007

Vorveröffentlichungen der Dissertation

Teilergebnisse aus dieser Arbeit wurden mit Genehmigung der Fakultät für Lebenswissenschaften, vertreten durch die Mentorin oder den Mentor/die Betreuerin oder den Betreuer der Arbeit, in folgenden Beiträgen vorab veröffentlicht:

Publikationen

Feldmann, M., Heinrichs, N., Hahlweg, K. & Bertram, H. (in Druck). Bibliotherapie zur Steigerung elterlicher Erziehungskompetenz: Eine randomisierte Evaluationsstudie. *Verhaltenstherapie*.

Tagungsbeiträge

Albers, M. & Hahlweg, K.: Prävention kindlicher Verhaltensstörungen durch telefonisch unterstützte Bibliotherapie. Vortrag auf dem Symposium der Christoph-Dornier-Stiftung, Köln (2003).

Albers, M., Heinrichs, N. & Hahlweg, K.: Triple P als telefonisch unterstützte Bibliotherapie. (Poster) Symposium der Christoph-Dornier-Stiftung, Tübingen (2004).

Albers, M., Heinrichs, N. & Hahlweg, K.: Einsatz des Triple P Selbsthilfemanuals bei Familien von Kindergartenkindern. (Poster) 44. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Göttingen (2004).

Albers, M., Heinrichs, N. & Hahlweg, K.: Self-Administered Behavioral Family Intervention for Parents of Preschool-children. (Poster) 38th Annual Convention of Association for advancement of behavior therapy, New Orleans (2004).

Albers, M., Heinrichs, N. & Hahlweg, K.: Evaluation des Triple P Selbsthilfemanuals bei Familien mit Kindergartenkindern. (Poster) 4. Workshopkongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Dresden (2005).

Danksagung

Die Studie wurde durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG, Projekt HA 1400/14-3) finanziell gefördert. Wir bedanken uns für die gute Zusammenarbeit und Kooperation mit dem Jugendamt der Stadt Braunschweig Abteilung Kindertagesstätten bei Frau Joswig-Gröttrup und Frau Hamilton Kohn sowie bei allen Mitarbeitern der beteiligten städtischen Kindertagesstätten.

Ohne die Unterstützung der Mitarbeiter des Projekts „Zukunft Familie“ wäre die Erstellung dieser Arbeit nicht möglich gewesen. Allen voran gilt mein besonderer Dank Frau Dipl.-Psych. Heike Bertram, die mich bei der Betreuung der beteiligten Familien unterstützt hat. Des Weiteren danke ich Prof. Dr. Nina Heinrichs, Prof. Dr. Kurt Hahlweg, Dagmar Klemisch und meinem Ehemann, die mich stets mit ihrem Rat unterstützt haben.

Und nicht zuletzt sei an dieser Stelle allen beteiligten Familien herzlichst gedankt, die bereit waren, an dieser Untersuchung teilzunehmen.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Prävention	3
2.1	Begriffsbestimmung	4
2.2	Methodische Probleme in der Präventionsforschung	6
2.3	Anforderungen an Präventionsprogramme	7
2.4	Prävention kindlicher Verhaltensauffälligkeiten	8
2.5	Ansatzpunkte von Präventionsprogrammen	9
2.6	Beispiele für Präventionsprogramme	10
2.7	Elterntrainings als Präventionsmaßnahmen	11
2.8	Forschungsergebnisse von Elterntrainings als Präventionsprogramme	13
2.9	Zusammenfassung	15
3	Bibiliotherapie	16
3.1	Begriffsbestimmung: Formen der Selbsthilfe	19
3.2	Wer profitiert am meisten von Bibliotherapie?	22
3.3	Methodische Probleme der Bibliotherapieforschung	23
3.4	Anforderungen an zukünftige Bibliotherapieforschung	24
3.5	Bibiliotherapie als Präventionsmaßnahme	25
3.6	Allgemeine Ergebnisse der Bibliotherapieforschung	26
3.7	Affektive Störungen	29
3.8	Schlafstörungen	31
3.9	Essstörungen	31
3.10	Paar- und Elterntrainings	32
3.11	Zusammenfassung	35
4	Fragestellung und Hypothesen	36
5	Methode	39
5.1	Stichprobe	39
5.1.1	<i>Eltern und Geschwisterkinder</i>	<i>40</i>
5.1.2	<i>Daten zu den Kindern</i>	<i>43</i>
5.2	Instrumente	44
5.3	Durchführung	49
5.4	Elternratgeber Triple P	50
6	Ergebnisse	54
6.1	Zufriedenheit mit dem Programm	54
6.2	Mütter	55
6.2.1	<i>Rate auffälliger Kinder</i>	<i>55</i>
6.2.2	<i>Wirksamkeit des Elternratgebers</i>	<i>56</i>

6.2.2.1	Multivariate Analysen	56
6.2.2.2	Univariate Analysen	57
6.3	Väter	71
6.3.1	<i>Wirksamkeit des Elternratgebers</i>	71
6.3.1.1	Multivariate Analysen	71
6.3.1.2	Univariate Analysen	72
7	Diskussion	83
7.1	Mütter	84
7.1.1	<i>Anzahl auffälliger Kinder</i>	84
7.1.2	<i>Wirksamkeit des Elternratgebers</i>	85
7.1.2.1	Elterliches Erziehungsverhalten	85
7.1.2.2	Kindliche Verhaltensweisen	86
7.1.2.3	Lebenszufriedenheit	87
7.1.2.4	Psychische Belastung und Partnerschaft	87
7.2	Väter	88
7.2.1	<i>Wirksamkeit des Erziehungsratgebers</i>	88
7.2.1.1	Elterliches Erziehungsverhalten	88
7.2.1.2	Kindliche Verhaltensauffälligkeiten	89
7.2.1.3	Lebenszufriedenheit	90
7.2.1.4	Psychische Belastung und Partnerschaft	90
7.3	Unterschiede zwischen Müttern und Vätern	91
7.4	Wirkung des therapeutischen Kontakts	93
7.5	Drop-out-Rate	94
7.6	Kritische Anmerkungen	95
8	Zusammenfassung	97
9	Literaturverzeichnis	99

Anhang A: Tabellen

Anhang B: Fragebögen

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Effektstärken der Meta-Analyse (Scogin et al., 1990).....	27
Tabelle 2: Familienstand der Eltern	40
Tabelle 3: Alter der Eltern.....	40
Tabelle 4: Schulabschluss der Eltern.	41
Tabelle 5: Monatliches Haushalts-Netto-Einkommen der Familien (N = 69).	42
Tabelle 6: Zusammensetzung der Kinderstichprobe nach Alter und Geschlecht.	43
Tabelle 7: Mittlere Rohwerte kindlicher Verhaltensauffälligkeiten der Mütter (CBCL)	61
Tabelle 8: Mittlere Rohwerte kindlicher Verhaltensauffälligkeiten der Mütter (SDQ).....	62
Tabelle 9: Mittlere Rohwerte partnerschaftlicher Fragebögen der Mütter	65
Tabelle 10: Korrelationen der Lebenszufriedenheit der Mütter mit den Verhaltensauffälligkeiten der Kinder (nach Pearson)	66
Tabelle 11: Korrelationen der Anzahl der wahrgenommenen Telefonkontakte der Mütter mit der Rate kindlicher Verhaltensauffälligkeiten (nach Pearson).....	67
Tabelle 12: Korrelationen der Anzahl der wahrgenommenen Telefonkontakte der Mütter mit dem elterlichen Erziehungsverhalten (nach Pearson)	68
Tabelle 13: Korrelationen des Erziehungsverhaltens der Mütter mit den Verhaltensauffälligkeiten (nach Pearson)	70
Tabelle 14: Mittlere Rohwerte kindlicher Verhaltensauffälligkeiten der Väter (CBCL)	74
Tabelle 15: Mittlere Rohwerte kindlicher Verhaltensauffälligkeiten der Väter (SDQ).....	75
Tabelle 16: Mittlere Rohwerte partnerschaftlicher Fragebögen der Väter	77
Tabelle 17: Korrelationen der Lebenszufriedenheit der Väter mit der Rate kindlicher Verhaltensauffälligkeiten (nach Pearson)	78
Tabelle 18: Korrelationen der Anzahl der wahrgenommenen Telefonkontakte der Väter mit den Verhaltensauffälligkeiten (nach Pearson).....	79
Tabelle 19: Korrelationen der Anzahl der wahrgenommenen Telefonkontakte der Väter mit dem elterlichen Erziehungsverhalten (nach Pearson)	80
Tabelle 20: Korrelationen des Erziehungsverhaltens der Väter mit den Verhaltensauffälligkeiten (nach Pearson)	82

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Mittelwerte des Gesamtwertes des ungünstigen Erziehungsverhaltens (EFB) der Mütter	58
Abbildung 2: Mittelwerte des günstigen Erziehungsverhaltens (FZEV) der Mütter	59
Abbildung 3: Mittelwerte der Lebenszufriedenheit (FLZ) der Mütter	63
Abbildung 4: Mittelwerte des ungünstigen Erziehungsverhaltens (EFB) der Väter.....	72

1 Einleitung

Immer häufiger werden Stimmen laut, die Präventionsmaßnahmen in den unterschiedlichsten Bereichen des Gesundheitssystems fordern, um Krankheiten vorzubeugen und damit Behandlungskosten zu senken. Das Gesundheitssystem der Bundesrepublik sei zu reformieren, nicht mehr bezahlbar, äußern andere. Fakt scheint, dass die vorhandenen finanziellen Ressourcen nicht ausreichen, um die derzeitigen Kosten des Gesundheitssystems zu decken, und dass sich die Lage in den nächsten Jahren wohl nicht entspannen wird. Verfolgt man den Ansatz, dass die Behandlungskosten steigen, je länger eine Krankheit oder psychische Störung schon besteht, erscheinen Präventionsmaßnahmen als eine effiziente Strategie, um Kosten zu reduzieren.

Aber auch Präventionsmaßnahmen bedeuten Kosten, die zwar geringer als bei Interventionen, jedoch nicht zu unterschätzen sind. Wer soll also Präventionsmaßnahmen erhalten? Soll man möglichst vielen Menschen Präventionsmaßnahmen zukommen lassen, auch auf die Gefahr hin, dass auch diejenigen berücksichtigt werden, die im Verlauf ihres Lebens nie eine Intervention zur Behandlung einer Erkrankung benötigt hätten? Und welche Maßnahmen sind überhaupt wirksam? Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich in einem theoretischen Teil mit Grundlagen der Präventionsforschung.

Neben der Frage nach möglichen Präventionsmaßnahmen findet auch das Thema der Bibliothherapie immer mehr Interesse in der psychologischen Forschung (z.B. du Plock, 2005). Bibliothherapie ist eine Bezeichnung für das eigenständige Erarbeiten von Texten oder Instruktion in der therapeutischen Behandlung (Scogin, Bynum, Stephens & Calhoon, 1990). Um Aussagen über mögliche Kosteneinsparungen machen zu können, ist es bedeutsam zu wissen, in wieweit bibliothераpeutische Maßnahmen überhaupt effektiv sind. Und für welche Gruppe von Patienten ist der Einsatz bibliothераpeutischer Maßnahmen sinnvoll? Fragen dieser Art haben die psychologische Forschung in den letzten Jahren zu einer Reihe von wissenschaftlichen Arbeiten angeregt und kontroverse Diskussionen entfacht. Von sehr unterschiedlichen Vorstellungen darüber, was unter dem Begriff der Bibliothherapie zu verstehen ist, wie dieser operationalisiert werden kann, bishin zu der Überzeugung, dass ein solches Konzept für den therapeutischen Bereich nicht effektiv ist, existieren viele verschiedene Auffassungen über Formen und Möglichkeiten der Bibliothherapie. Die zahlreichen und vielseitigen wissenschaftlichen Untersuchungen verdeutlichen das

vorhandene Interesse an diesem Gebiet. Obwohl es eine Vielzahl an Veröffentlichungen zu dem Thema Bibliothherapie gibt, herrscht bisher noch Uneinigkeit über die Wirksamkeit und die Anwendung dieser Methode. Auch gibt es bisher kaum systematische Untersuchungen zu den zahlreich vorhandenen Ratgebern. Ein Anliegen dieser Arbeit neben der hauptsächlich eigenen empirischen Untersuchung ist es, einen Überblick über die bisherige Diskussion und Forschung in dem Bereich der Bibliothherapie zu geben.

Ein weiteres Ziel der Arbeit ist die Evaluation der deutschen Übersetzung des Elternratgebers „Triple P“ (Positive Parenting Program). Im Rahmen des Triple P-Programms ist die Wirksamkeit von Bibliothherapie zur Reduktion kindlicher Verhaltensauffälligkeiten untersucht worden. Dieses Erziehungsprogramm ist international weit verbreitet und wurde bisher in ca. 25 kontrollierten Studien erfolgreich empirisch überprüft. Triple P wurde in Brisbane, Australien, durch Sanders und Mitarbeiter an der Universität von Queensland entwickelt (Sanders, 1999). Das Programm umfasst fünf Interventionsebenen mit steigendem Intensitätsgrad, um Eltern spezifische, auf ihre individuellen Bedürfnisse zugeschnittene Interventionen zu bieten. Connell, Sanders und Markie-Dadds (1997) konnten in ihrer Untersuchung einer australischen Stichprobe die Wirksamkeit des Elternratgebers nachweisen. In der vorliegenden Studie sollte untersucht werden, wie weit diese Ergebnisse auch für den deutschen Ratgeber in einer deutschen Population nachgewiesen werden können.

Die vorliegende Arbeit untersucht die Wirksamkeit der bibliothераpeutischen Präventionsmaßnahme Triple P auf die Reduktion kindlicher Verhaltensauffälligkeiten, um psychischen Störungen entgegen zu wirken. Des Weiteren werden der Einfluss auf das elterliche Erziehungsverhalten und das psychische Befinden der Eltern mit untersucht. Auch die mögliche Bedeutung für die Partnerschaft wird berücksichtigt, um ein umfassendes Bild über mögliche Effekte des Elternratgebers Triple P erhalten zu können.

2 Prävention

In den letzten Jahren haben Präventionsmaßnahmen in allen Bereichen des Gesundheitswesens vermehrt Interesse gefunden. Allein aus Kostengründen für die Gesellschaft sollte die Forschung in diesem Bereich vertieft werden. Auch wenn Präventionsmaßnahmen zunächst Kosten verursachen, können sie sich als eine lohnenswerte Investition herausstellen. Beispielsweise untersuchten Scott, Knapp, Henderson & Maughan (2001) die Kosten, die unterschiedliche Gruppen von Kindern im Erwachsenenalter verursachten und konnten in ihrer Untersuchung zeigen, dass die Kosten für die 28jährigen, die als Kinder dissoziales Verhalten zeigten, um ein 10faches höher waren als für die Erwachsenen, die als Kinder unauffällig waren. Wäre nur ein geringfügiger Teil in Präventionsmaßnahmen investiert worden, hätte man die Kosten möglicherweise wesentlich niedriger halten können. Diese Untersuchung verdeutlicht die Bedeutsamkeit von Präventionsmaßnahmen. Damit sich diese jedoch auch tatsächlich lohnen, ist es unbedingt notwendig, Präventionsmaßnahmen bezüglich ihrer Effektivität und ihrer Effizienz zu untersuchen. Im Folgenden werden der Begriff „Prävention“ definiert und unterschiedliche präventive Maßnahmen erläutert.

2.1 Begriffsbestimmung

Präventive Maßnahmen können je nach Zielsetzung in Kategorien unterteilt werden. Von „Primärprävention“ spricht man, wenn noch keine Störung erkennbar ist, das heißt, die Entwicklung einer Störung verhindert wird. „Sekundärprävention“ bedeutet, dass durch frühzeitiges Erkennen versucht wird, die Auswirkungen von Störungen zu verringern und „Tertiärprävention“ soll Chronifizierungen verhindern (Caplan, 1964). Unter Prävention im Sinne der Krankheitsvermeidung können nur die Maßnahmen der primären Prävention gefasst werden.

Eine gängige Einteilung der primären Präventionen ist die nach der Zielgruppe, für die sie vorgesehen ist (Munoz, Mrazek & Haggerty, 1996). Nach dieser Einteilung unterscheidet man in *Universelle Prävention*, *Selektive Prävention* und *Indizierte Prävention*.

Universelle Prävention richtet sich an eine Gesamtpopulation, unabhängig von Risikofaktoren. Beispiele für universelle Prävention sind Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere, Antiraucher-Kampagnen oder auch Ehevorbereitungskurse für Paare vor der Hochzeit. Die Akzeptanz von universeller Prävention ist relativ groß, da diese unabhängig von einem Risikostatus der Teilnehmer durchgeführt wird (Brezinka, 2003). Ein weiterer Vorteil ist, dass mit universellen Präventionsmaßnahmen meist verschiedene Risikofaktoren positiv beeinflusst werden können. Dabei macht man sich zunutze, dass bei verschiedenen Störungen ähnliche Risikofaktoren zu Grunde liegen und Komorbiditäten vorliegen. Kritisiert wird an universeller Prävention, dass viele Personen Maßnahmen erhalten, die für nicht notwendig gehalten wurden, da diese sowieso keine psychische Störung entwickelt hätten. Dieser Einwand scheint erst einmal gerechtfertigt. Es muss aber berücksichtigt werden, dass Prävention zum einen trotzdem eine effiziente Methode bleibt, da die Kosten-Nutzen-Betrachtung zeigt, dass es höheren Nutzen und weniger Kosten bedeutet, auch einen Personenkreis an Maßnahmen zu beteiligen, die nicht notwendig gewesen wären als eine größere Anzahl an Personen zu haben, die eine weit aufwendigere Behandlung benötigen (Scott et al., 2001). Zum anderen erhöhen Risikofaktoren nur die Wahrscheinlichkeit an einer bestimmten psychischen Störung zu erkranken, sind jedoch keine eindeutigen Hinweise auf eine derartige Entwicklung. Es kann auch zu der bestimmten Störung kommen, ohne dass Risikofaktoren vorhanden sind.

Selektive Prävention richtet sich an eine Gruppe mit einem erhöhten biologischen, psychischen oder sozialen Risiko für bestimmte Störungen, wie z.B. Kinder psychisch kranker Eltern oder Förderprogramme für Frühgeborene.

Indizierte Prävention beinhaltet Maßnahmen, die bei Personen durchgeführt werden, die ein sehr hohes Risiko für eine bestimmte Störung aufweisen, da sie bereits bestimmte Merkmale entwickelt haben und zusätzlichen Risikofaktoren ausgesetzt sind, die bisher jedoch keine Therapie aufgesucht haben. Diese Art der Prävention ist häufig kaum von einer klinischen Behandlung zu unterscheiden. Im Unterschied zu einer Intervention reichen die entwickelten Symptome jedoch (noch) nicht, um die Kriterien für eine klinisch bedeutsame Störung zu erfüllen.

Ziel präventiver Maßnahmen ist also nicht nur die Verhinderung von psychischen Störungen bzw. die Stabilisierung der psychischen Gesundheit sondern auch die Reduktion vorhandener Symptome.

2.2 Methodische Probleme in der Präventionsforschung

In der Präventionsforschung stößt man auf eine Reihe methodischer Probleme. Zum einen ist es in der direkten Postmessung schwieriger, einen signifikanten Effekt zu messen als in der Interventionsforschung, da die erwarteten Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe häufig erst später nachzuweisen sind. Während es in einer Intervention darum geht, auffälliges Verhalten zu reduzieren, haben Präventionsmaßnahmen das Ziel, auffällige Verhaltensweisen langfristig *nicht* auftreten zu lassen.

Ein zweites Problem ergibt sich bei der Gewinnung der Stichprobe. Besonders in der universellen Prävention sollen möglichst viele unauffällige Familien rekrutiert werden. Da im Gegensatz zur Interventionsforschung bei den Familien jedoch kein Leidensdruck besteht, ist es schwierig diese zur Teilnahme zu motivieren.

Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich bei der Analyse der Daten, wenn die Drop-out-Rate nicht berücksichtigt wird. Wird in die Berechnung nur der Teil der Familien einbezogen, die bis zuletzt an dem Programm teilgenommen haben, wird die Wirksamkeit der Präventionsmaßnahme deutlich überschätzt und die Studie verliert an Repräsentativität.

Auch die Auswahl der Erfolgsmaße gestaltet sich schwierig, da hier Maße gewählt werden müssen, die indirekt auf die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen schließen lassen. Dafür bietet sich als eine Möglichkeit die Messung spezifischer Symptome an, die auf die Entwicklung einer Störung hinweisen. Eine weitere Möglichkeit ist die Wahl der Veränderungen von Risiko- und Schutzfaktoren, z.B. die Verbesserung des elterlichen Erziehungsverhaltens als Erfolgsmaß. Dabei kann zwischen verschiedenen Methoden der Veränderungsmessung unterschieden werden, z.B. Verhaltensbeobachtung, Fragebogen, Interview.

Es müssen also eine Reihe von methodischen Problemen bei der Planung und Durchführung der Präventionsforschung berücksichtigt werden, um reliable und valide Forschungsergebnisse zu erhalten.

2.3 Anforderungen an Präventionsprogramme

Damit Präventionsprogramme ihren Zweck erfüllen können, die Inzidenzrate psychischer Störungen zu reduzieren, müssen sie bestimmten Anforderungen entsprechen. Heinrichs et al. (2002) fassen folgende Kriterien für die Prävention kindlicher Verhaltensstörungen, die jedoch auch auf andere Präventionsprogramme übertragen werden können, zusammen:

1. Ziele

Präventionsprogramme sollten die Auftretenshäufigkeit von psychischen Störungen reduzieren. Sie sollten stabile Effekte erzielen, kostengünstig sein und von den Adressaten eine hohe Akzeptanz erfahren.

2. Theoretische Fundierung

Es sollte einen nachgewiesenen empirischen Zusammenhang zwischen Zielen der Präventionsmaßnahme und der Verhinderung von psychischen Störungen geben.

3. Empirische Fundierung

Präventive Programme sollten manualisiert und bezüglich ihrer Wirksamkeit überprüft sein.

4. Gute Erreichbarkeit

Die leichte Zugänglichkeit der Präventionsprogramme sollte gewährleistet sein.

5. Wissenschaftlich begründete Wirksamkeit

Präventive Maßnahmen sollen in ihrer Wirksamkeit überprüft werden.

2.4 Prävention kindlicher Verhaltensauffälligkeiten

Besonders im Bereich psychischer Auffälligkeiten bei Kindern sind Präventionsmaßnahmen in das Interesse der Öffentlichkeit gerückt. Epidemiologische Studien zeigen, dass etwa 20 % der Kinder Verhaltensauffälligkeiten im klinischen Bereich, z.B. hyperkinetische Störungen, aggressives Verhalten, Ängste und Depressionen (Anderson & Werry, 1994; Steinhausen, Winkler Metzke, Meier & Kannenberg, 1998) zeigen. Um die Zahl psychischer Auffälligkeiten zu reduzieren, hat sich innerhalb der letzten Jahre ein Forschungsbereich entwickelt, der sich mit den Möglichkeiten der Prävention beschäftigt. Ziel der Präventionsforschung ist es, Auffälligkeiten zu verhindern oder abzuschwächen (Coie et al., 1993). Auch Petermann (2003) beschreibt als globales Ziel von Präventionsansätzen für kindliche Verhaltensauffälligkeiten, das Risiko für eine mögliche negative Entwicklung zu verringern. Um dies zu erreichen, können Risikofaktoren minimiert oder ausgeschaltet und Schutzfaktoren erzeugt oder unterstützt werden. Spezifischere Ziele von Präventionsansätzen sind die Verbesserung der Erziehungskompetenz der Eltern und die Förderung von sozial-kognitiven und emotionalen Fertigkeiten des Kindes. Insgesamt sollten die Beziehungen zu Gleichaltrigen verbessert und Resilienzfaktoren des Kindes und der Familie gestärkt werden.

2.5 Ansatzpunkte von Präventionsprogrammen

Die Ansatzpunkte der Präventionsprogramme unterscheiden sich sowohl in dem Ort, wo die Maßnahme stattfindet als auch in dem Adressaten, wobei der indirekte Adressat immer das Kind bleibt (Heinrichs et al., 2002). Als Orte der Prävention kommen die Umgebung der Familie, Schulungszentren und die Schule oder die Gemeinde in Betracht.

Auch bei den Adressaten können mehrere Ansatzebenen unterschieden werden. Zum einen gibt es Programme, die sich ausschließlich an die Eltern wenden, z.B. *Triple P* (Sanders, 1999; vgl. 5.4.). Das Ziel solcher Elterntrainings ist es, über das Verhalten der Eltern einen indirekten Einfluss auf die Entstehung kindlicher Verhaltensauffälligkeiten zu nehmen. Durch die Reduktion ungünstigen Erziehungsverhaltens und die Förderung günstiger Erziehungsverhaltensweisen soll die Inzidenzrate kindlicher Verhaltensstörungen verringert werden. Andere Programme setzen direkt bei den Kindern an, z.B. in dem Programm „Faustlos“ (Cierpka, 2005) zur Gewaltprävention oder dem „Lars & Lisa“-Programm zur Prävention depressiver Störungen (Pössel & Hautzinger, 2003). Bei den kindzentrierten Ansätzen sollen die Kinder Fertigkeiten und Wissen vermittelt bekommen, die zu erwünschtem Verhalten und damit zur Reduktion von Verhaltensauffälligkeiten führen. Häufig werden solche Programme in der Schule oder im Kindergarten als universelle Präventionsmaßnahmen durchgeführt.

Eine weitere Möglichkeit ist es, die verschiedenen Ansatzebenen miteinander zu verknüpfen und ein so genanntes Multi-Komponenten Programm durchzuführen, z.B. das Programm FAST TRACK (Families and Schools Together, Conduct Problems Prevention Research Group, CPPRG, 1999a; 1999b). Dabei werden einzelne Komponenten sowohl mit den Kindern als auch mit den Eltern durchgeführt, um die verschiedenen Kontexte zu berücksichtigen, in denen die Kinder sich bewegen.

2.6 Beispiele für Präventionsprogramme

Heinrichs et al. (2002) geben einen Überblick über die verschiedenen Programme zur Prävention kindlicher Verhaltensstörungen. Dabei fanden sie 20 englischsprachige Programme, die als „vermutlich effektiv“ nach den Kriterien der Arbeitsgruppe der American Psychological Association (Chambless & Ollendick, 2001) klassifiziert werden können und sieben Präventionsprogramme im deutschsprachigen Raum, von denen drei als evidenzbasiert gelten. Im deutschsprachigen Raum gibt es eine Reihe von Elterntrainings, die kindlichen Verhaltensstörungen vorbeugen sollen, von denen jedoch bisher keines eine ausreichende Wirksamkeit empirisch nachweisen konnte.

Beispiel: Universell / Schulzentriert: Fit und Stark fürs Leben (Aßhauer & Hanewinkel, 2000)

Beispiel: Selektiv / Elterntraining: Parenting through Change (Martinez & Forgatch, 2001)

Beispiel: Universell und Indiziert/Multi-Komponenten-Programm: FAST TRACK (Conduct Problems Prevention Group, 1999a, 1999b)

Beispiel: Universell/Elternzentriert: Triple P (Sanders et al., 2000)

In ihrer Übersicht über verschiedene Präventionsprogramme kommen Heinrichs et al. zu der Schlussfolgerung, dass Präventionsansätze vermutlich effektiv sind, aber nur wenige wissenschaftlich überprüft worden sind. Präventionsmaßnahmen scheinen des Weiteren ebenso effektiv wie Interventionsmaßnahmen, sind jedoch in ihrer Wirkung begrenzt. Vor allem kognitiv-verhaltenstherapeutische Elterntrainings haben sich als wirksame Präventionsmaßnahmen erwiesen und führen zuverlässig zu einer Verbesserung elterlichen Erziehungsverhaltens und zu einer Reduktion kindlicher Verhaltensauffälligkeiten (Beelmann, 2003; Brestan & Eyberg, 1998; Sanders et al., 2000; Serketich & Dumas, 1996). Im Folgenden wird die Möglichkeit der Elterntrainings als Präventionsmaßnahme genauer erläutert und einige Forschungsergebnisse dargestellt.

2.7 Elterntrainings als Präventionsmaßnahmen

In Elterntrainings ist das Kind nur indirekt Adressat des Trainings, wobei angenommen wird, dass das Verhalten der Eltern eine wichtige oder sogar die wichtigste Rolle in der Entwicklung von kindlichen Verhalten spielt. Die meisten behavioralen Elterntrainings beinhalten folgende Annahmen (Dumas, 1989):

1. Menschliches Verhalten wird durch kontingente Verstärkung und Bestrafung beeinflusst, denen Individuen täglich ausgesetzt sind.
2. Antisoziales Verhalten wird durch positive und negative Verstärkung, die Kinder besonders von ihren Eltern erhalten, erlernt und aufrecht erhalten.
3. Durch Interventionen wird versucht zu erreichen, dass das prosoziale Verhalten von Kindern durch die Eltern positiv verstärkt und das antisoziale Verhalten mit negativen Konsequenzen besetzt ist oder ignoriert wird.
4. Es wird angenommen, dass durch die neue positive Interaktion die Aufrechterhaltung und Generalisierung der Behandlungsziele erreicht wird.

Für diese Annahmen konnten in verschiedenen Untersuchungen Belege gefunden werden, wobei Serketic und Dumas (1996) kritisieren, dass aufgrund methodischer Schwierigkeiten keine abschließenden Aussagen gemacht werden können. Sie fanden, dass nur wenige Studien Kontrollgruppen beinhalteten und viele weniger als fünf Versuchspersonen pro Gruppe aufwiesen. In ihrer Meta-Analyse wählten sie die berücksichtigten Studien nach den folgenden Kriterien aus:

1. Das betreffende Kind musste wenigstens eine antisoziale Verhaltensweise zeigen, wie z.B. Aggressivität.
2. Die Behandlung musste ein Training der Eltern in der Verwendung von differenzieller Verstärkung und/oder der Auszeit als Methode einschließen.
3. Die Stichprobe der Kinder sollte im Vorschul- oder Grundschulalter liegen.
4. Die Studie musste eine Experimental- und eine Kontrollgruppe in Form einer Wartelistenkontroll-, einer Placebo- oder einer anderen Behandlungsgruppe enthalten.
5. Experimental- und Kontrollgruppe mussten mindestens eine Gruppengröße von 5 besitzen.
6. Eine abhängige Variable musste das kindliche Verhalten messen (entweder beobachtet oder berichtet).

Serketich und Dumas (1996) sind der Ansicht, dass mehr kontrollierte Studien im Bereich der Elterntrainings erforderlich sind, um gesicherte Aussagen treffen zu können, da sie nur eine geringe Anzahl (26) von Untersuchungen im englischsprachigen Raum fanden, die den aufgeführten Kriterien entsprachen. Sucht man im deutschsprachigen Raum nach Untersuchungen, die diesen Anforderungen nachkommen, findet man bis auf sehr wenige Ausnahmen (Heinrichs, Hahlweg, Bertram, Kuschel, Naumann & Harstick. in Druck) keine kontrollierten Studien im Bereich der Elterntrainings. Die vorliegende Studie hatte daher unter anderem das Ziel, einen Beitrag zu leisten, um genauere Aussagen über die Wirksamkeit von Elterntrainings treffen zu können.

2.8 Forschungsergebnisse von Elterntrainings als Präventionsprogramme

Im deutschen Sprachraum sind keine Meta-Analysen zur Überprüfung von Elterntrainings als Präventionsmaßnahmen zur Reduktion kindlicher Verhaltensstörungen vorhanden. In einzelnen Studien konnte die Wirksamkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Elterntrainings nachgewiesen werden (Beelmann, 2003; Heinrichs, 2005). Beispielsweise fand Beelmann (2003) in seiner Untersuchung zur Prävention dissozialen Verhaltens Effekte auf das elterliche Erziehungsverhalten. Heinrichs (2005) konnte Effekte auf kindliche Verhaltensauffälligkeiten und auf das elterliche Erziehungsverhalten in der Untersuchung des Elterntrainings Triple P in sozial benachteiligten Familien nachweisen.

In den USA existieren mindestens vier Meta-Analysen, die sich mit dem Thema der Elterntrainings befassen. Serketic und Dumas (1996) fanden durchschnittliche Effektstärken (Mittelwert der Experimentalgruppe – Mittelwert der Kontrollgruppe / Standardabweichung der Kontrollgruppe) für Elterntrainings zwischen 0.70 (Lehrer) und 0.85 (unabhängiger Beobachter). Interessanterweise stellen diese Autoren in ihrer Meta-Analyse fest, dass sich die Effektstärken für die Beurteilung durch die Eltern und die der unabhängigen Beobachter nicht unterscheiden.

Durlak und Wells (1997) fanden hingegen nur geringe Effekte bei der Analyse von Elterntrainings. In ihrer Meta-Analyse untersuchten sie 177 verschiedene Präventionsprogramme für Kinder und Jugendliche. Dabei konnten sie im Mittel eine Effektstärke von .34 nachweisen. Sie unterteilten die Studien in Subgruppen, um homogene Gruppen zu erreichen. Die Subgruppe der Elterntrainings (N = 15) zeigte keine signifikanten Effekte, was die Autoren damit erklärten, dass möglicherweise nicht die Eltern erreicht wurden, die von einem solchen Elterntraining profitiert hätten. Taylor und Biglan (1998) schlussfolgern, dass Elterntrainings sich in ihrer Qualität unterscheiden. Sie weisen darauf hin, dass evidenzbasierte Elterntrainings von hoher Qualität sind, bemerken jedoch auch, dass ein Hauptproblem die Selbstselektion von Eltern ist. Familien mit mehreren Risikofaktoren sind schwieriger zu erreichen bzw. scheiden eher aus Studien aus, so dass die Ergebnisse häufig nicht repräsentativ sind.

Trotz der Wirksamkeit von Elterntrainings ist deren breitflächige Anwendung, die notwendig ist, um ihr Präventionspotential voll auszuschöpfen, begrenzt. Dies liegt zum einen daran, dass insgesamt wenige Eltern, nur ca. 10% (Sanders, 1999) die Angebote wahrnehmen,

und dass Eltern aus sozial niedrigeren Schichten bei solchen Kursen unterrepräsentiert sind (Heinrichs et al., 2005). Zum anderen kann der Besuch von Elternkursen, die überwiegend in Gruppen stattfinden, die Gefahr der Stigmatisierung („Die Mutter kann ihre Kinder nicht erziehen!“) mit sich bringen und ist mit Aufwand verbunden (Babysitter für die Kinder finden, Fahrtkosten, Terminschwierigkeiten). In der vorliegenden Studie wurde daher ein Elterntraining in Form eines bibliotherapeutischen Manuals untersucht.

2.9 Zusammenfassung

Es existieren unterschiedliche Formen von Präventionsprogrammen, die in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens Anwendung finden. Sowohl bei der Durchführung als auch bei der systematischen Untersuchung von Präventionsmaßnahmen müssen verschiedene Anforderungen berücksichtigt werden. In der Prävention kindlicher Verhaltensauffälligkeiten unterscheidet man als Ansatzpunkte verschiedene Orte und Adressaten der Maßnahme. Besonders bei der Untersuchung verschiedener Elterntrainings konnte die Wirksamkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Präventionsmaßnahmen nachgewiesen werden. Zukünftig sollte diesem Forschungsbereich besonders in Deutschland vermehrt Beachtung geschenkt werden, um den Effekt von Präventionsmaßnahmen optimal nutzen zu können.

3 Bibliotherapie

Seit mehr als zwanzig Jahren beschäftigen sich Wissenschaftler mit der Frage, wie effektiv Therapie durch professionelle Therapeuten ist. In verschiedenen übergreifenden Untersuchungen wurde die Effektivität von professionellen und halbprofessionellen Therapeuten miteinander verglichen und dabei herausgefunden, dass sich die Ergebnisse der Therapien von professionellen Therapeuten nicht von denen der halbprofessionellen unterscheiden. Teilweise sprachen die Ergebnisse in ihrer Tendenz sogar für die Behandlung der halbprofessionellen (Durlak, 1979; Hattie, Sharpley & Rogers, 1984; Berman & Norton, 1985). Christensen und Jacobson (1994) nennen verschiedene Faktoren, warum die Rückschlüsse, die aus den Untersuchungen gezogen werden, möglicherweise zu voreilig sind. Als erstes ist es möglich, dass mit einem größeren N und einer größeren statistischen Power ein Unterschied zwischen den Behandelnden erkennbar würde. Zweitens vergleichen viele Studien Therapeuten mit mittlerem Erfahrungswert mit Therapeuten mit niedrigem Erfahrungswert. Unterschiede würde man nach Meinung der Autoren am ehesten zwischen sehr erfahrenen Therapeuten und Personen, die gänzlich unerfahren sind, erwarten. Des Weiteren behandeln die Studien nur eine Auswahl an Störungen und therapeutischen Methoden. Ein weiterer Kritikpunkt der Autoren betrifft die Auswahl der halbprofessionellen Therapeuten. Häufig werden diese in professionellen Methoden geschult und supervidiert, so dass die Vermutung nahe liegt, dass professionelle Therapeuten einen Einfluss auf die Vergleichsgruppe haben. Letztendlich merken die Autoren an, dass die wichtigste Frage nicht die nach der größten Wirksamkeit ist, sondern die weitaus komplexere, unter welchen Bedingungen professionelle und zu welchem Zeitpunkt halbprofessionelle Therapie die Methode der Wahl darstellt. So konnten Berman und Norton (1985) beispielsweise herausfinden, dass professionelle Therapeuten in kürzerer Zeit und bei der Arbeit mit älteren Patienten die besseren Ergebnisse erzielten, während Halbprofessionelle mit jüngeren Patienten sowie in längeren Behandlungen besser arbeiteten. Einschränkend bemerken die Autoren, dass man trotz der Kritikpunkte aufgrund der bisherigen Datenlage zu der Schlussfolgerung kommt, dass halbprofessionelle mit wenig Erfahrung genauso gut oder besser therapeutisch arbeiten als professionelle Therapeuten mit Erfahrung. Diese Schlussfolgerung führt zu der nahe liegenden Fragestellung, unter welchen Bedingungen Therapeuten gebraucht werden, um Probleme zu reduzieren und welche Effektivität

Selbsthilfeprogramme aufweisen, die inzwischen zu verschiedenen Themen in großer Anzahl veröffentlicht werden.

Die Forschung in dem Bereich der Bibliotherapie oder der selbst gesteuerten Behandlung („self-administered treatment“) hat in den letzten Jahren an Bedeutung zugenommen. Für das Ansteigen dieses Interesses gibt es unterschiedliche Gründe. Der bedeutendste Faktor liegt wahrscheinlich in der Kosteneffektivität. Die Kosten und der scheinbar steigende Bedarf an Psychotherapie in der Bevölkerung führen zu einer enormen Belastung des Gesundheitssystems, so dass das vorhandene Angebot nicht mehr ausreichend zu sein scheint.

Um vorhandene Ressourcen effizienter zu nutzen, wird nach Möglichkeiten gesucht, sowohl effektiv als auch kostengünstig zu behandeln. Auch in Ländern mit anderen Gesundheitssystemen interessiert man sich immer stärker für die Möglichkeit der selbst gesteuerten Behandlung (Mains & Scogin, 2003). Ein Vorteil der Bibliotherapie besteht darin, ein breites Spektrum von Personen erreichen zu können. Individuen, die keinen Therapieplatz bekommen, weite Anfahrtswege zu möglicher Psychotherapie haben oder sich aufgrund der Stigmatisierung scheuen, diese Angebote anzunehmen, bekommen durch Bibliotherapie die Möglichkeit, ihre Probleme mit geringer Hilfestellung in den Griff zu bekommen (Helbig, Hahnel, Weigel, & Hoyer, 2004; Mains & Scogin, 2003). Das bedeutet nicht, dass selbstgesteuerte Interventionen die herkömmlichen Methoden der Psychotherapie ersetzen sollen, sondern es soll nach Möglichkeiten gesucht werden, einen Teil derjenigen, die sich (möglicherweise erst Monate später) um einen Therapieplatz bemühen würden, kostengünstiger aber effektiv zu behandeln (Reeves & Stace, 2005). Eine bedeutsame Frage ist, welche Gruppe von Personen von einer selbst gesteuerten Behandlung am meisten profitiert, bzw. bei welchen Personenmerkmalen die Bibliotherapie an ihre Grenzen stößt.

In der Forschung zu diesem Bereich finden sich verschiedene Ansätze zur Definition von Bibliotherapie. Die verschiedenen Formen bibliotherapeutischer Behandlung unterscheiden sich in der Art und der Dauer des therapeutischen Kontakts; das Spektrum reicht von einem einmaligen telefonischen Kontakt bis zu mehrmaligen Gruppensitzungen. Auch die Intention von Bibliotherapie kann unterschiedlich sein. Während in den meisten Studien Bibliotherapie als eine alternative Interventionsmethode betrachtet wird, wird sie teilweise auch als Präventionsmethode angewendet werden (Wright, Clum, Roodman & Febraro, 2000). Des Weiteren können verschiedene Materialien und Medien (Bücher, Kassetten, Videobände,

Computerprogramme) von Bedeutung sein (Connell, Sanders & Markie-Dadds, 1997; Murray et al., 2003; Webster-Stratton, 1992).

Personen, die sich für die Form der selbst gesteuerten Behandlung entscheiden, tun dies sicherlich aus den unterschiedlichsten Gründen, z.B. weil sie keine Medikamente nehmen möchten, die Stigmatisierung durch Psychotherapie fürchten, weite Anfahrtswege zu anderen Behandlungsangeboten haben oder in absehbarer Zeit keinen Therapieplatz bekommen. Von großer Bedeutung für die Wirksamkeit dieser Methode ist jedoch die Motivation einer Person. Diejenigen, die nicht motiviert sind, diese Art der Behandlung auszuprobieren, sollten auch dafür nicht in Betracht kommen (Mains & Scogin, 2003), da es sich um einen Selbstmanagementansatz handelt, bei dem ohne intrinsische Motivation keine Veränderungen zu erwarten sind. Wie schon erwähnt, sollen selbst gesteuerte Behandlungsmethoden jedoch auch nicht die herkömmlichen psychotherapeutischen oder gar pharmakotherapeutischen Methoden ersetzen, sondern sollen als eine sinnvolle Erweiterung genutzt werden. Denkbar wäre zum Beispiel ein Stufenmodell, wie es der Triple P-Ansatz vorschlägt (Sanders et al., 2000). Triple P (Positive Parenting Program) wurde durch Sanders und Mitarbeiter in Australien entwickelt und wird derzeit in Deutschland in der Arbeitsgruppe von Hahlweg an der Technischen Universität in Braunschweig evaluiert. Auch Scogin, Hanson und Welsh (2003) präsentieren ein Mehrebenenmodell zur Behandlung von Depression. Die erste Stufe soll die am leichtesten zugängliche und kostengünstigste sein, und erst wenn diese nicht ausreicht, um vorhandene Probleme zu bewältigen, soll in eine nächste Stufe übergegangen werden, die zeit- und kostenaufwendiger ist.

Innerhalb des Bereichs der selbst gesteuerten Behandlung gibt es unterschiedliche Formen der Prävention und der Intervention. Häufig findet man die Begriffe Bibliotherapie und Selbsthilfe, die jedoch auch in unterschiedlicher Bedeutung verwendet werden. Daher wird im Folgenden ein Überblick über die verschiedenen Formen der Selbsthilfe gegeben und eine für die vorliegende Arbeit geltende Definition festgelegt.

3.1 Begriffsbestimmung: Formen der Selbsthilfe

1. Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen findet man häufig bei Suchtkranken, teilweise auch für Personen mit Ess- oder Angststörungen. Die Gruppen finden ohne therapeutische Leitung statt und dienen in erster Linie dem gegenseitigem Austausch über psychische Probleme und deren Lösungen. Auf diese Form der Selbsthilfe wird in der vorliegenden Arbeit nicht weiter eingegangen; sie wird hier nur aus Gründen der Vollständigkeit erwähnt.

2. Bibliotherapie:

Die wörtliche Übersetzung des Begriffs „Bibliotherapie“ aus dem Griechischen („biblion“ und „therapeia“) bedeutet die therapeutische Verwendung von Büchern. Diese Definition liegt im weitesten Sinne allen selbständig durchgeführten Therapien zu Grunde, ist aber als Begriffsbestimmung nicht ausreichend. Elgar und McGrath (2003) unterteilen die Bibliotherapie in zwei Bereiche:

a) inspirierende Bibliotherapie:

Diese Form der Bibliotherapie wird in erster Linie von Pardeck (1992) vertreten. Er versteht unter Bibliotherapie, dass Personen mit emotionalen Problemen oder psychischen Störungen Literatur lesen, in der die Protagonisten ähnliche Schwierigkeiten haben wie sie selbst. Ziele der Bibliotherapie sind nach Pardeck (1991), Informationen über Probleme zu geben, zur Einsicht in Probleme zu führen, Diskussionen anzuregen, Werte und Einstellungen zu kommunizieren, ein Bewusstsein dafür hervor zu rufen, dass andere mit ähnlichen Problemen fertig geworden sind und Lösungen für Probleme anzubieten. Bei dieser Form der Bibliotherapie handelt es sich um das Lernen am Modell und nicht um eine direkte Handlungsanweisung im Sinne eines Manuals. Angewendet wird sie oft in sozialer Gruppenarbeit und Gruppentherapie.

b) instruktionale Bibliotherapie:

In der englischsprachigen Literatur fällt unter diese Form der Bibliotherapie das sogenannte „self-administered treatment“. Diese Form der Behandlung kann als eine therapeutische Intervention definiert werden, die in einer geschriebenen oder auditiven Form präsentiert wird und so konzipiert ist, dass sie von dem Klienten selbständig durchgeführt wird (Scogin et al., 1990). Darunter fallen auch Behandlungen, die kurze Kontakte mit Therapeuten beinhalten.

Das Ausmaß der Unterstützung bei dieser Form der Selbsthilfe kann in Dauer, Häufigkeit und Art des Kontakts (persönlich, Gruppe, Telefon) variiert werden. Diese Definition liegt der vorliegenden empirischen Arbeit zu Grunde.

Eine andere Unterteilung wird von Grahlmann und Linden (2005) gewählt; sie fassen die verschiedenen Formen von Bibliotherapie folgendermaßen zusammen:

a) Bibliotherapie mit fiktionalen vs. didaktischen Texten:

Bibliotherapie mit fiktionalen Texten soll beim Leser emotionale Prozesse auslösen, die dann zu dessen persönlicher Entwicklung beitragen soll. Es werden Bibliographien, Romane, Dramen oder Gedichte genutzt, um eine Veränderung emotionaler Probleme zu erreichen. Bibliotherapie mit didaktischen Texten (Psychoedukation) zielt auf Informationsvermittlung und kognitives Lernen ab. Es werden störungsspezifische Texte verwendet, um dem Patienten ein besseres Problemverständnis zu ermöglichen. Üblicherweise werden diese in der Verhaltenstherapie und in der somatischen Medizin und Verhaltensmedizin verwendet.

b) Rezeptive vs. produktive Bibliotherapie:

Während bei der rezeptiven Bibliotherapie Texte ausgewählt werden, mit denen der Patient arbeitet, sollen Patienten bei der produktiven Bibliotherapie eigene Texte verfassen.

c) Intentionale vs. relationale vs. transponierende Bibliotherapie:

Intentionale Bibliotherapie ist zielgerichtet, aufgabenbezogen und thematisch spezifiziert, während relationales Lesen bedeutet, sich mit mehreren Personen mit demselben Text zu befassen, um das eigene Problemverständnis mit dem anderer Personen vergleichen zu können. Transponierende Bibliotherapie meint die Aufnahme von Informationen, um kognitives Probehandeln, neue Sichtweisen und neue emotionale Erfahrungen zu ermöglichen.

d) Therapeuten- vs. selbstverantwortete Bibliotherapie:

Es können verschiedene Intensitätsgrade in der Interaktion zwischen Therapeut und Patient unterschieden werden. Gibt es keine Therapeutenbeteiligung, sucht sich der Patient den Text selbständig und eigenverantwortlich. Bei minimaler Therapeutenbeteiligung arbeitet der Patient weitestgehend eigenständig, hat aber die Möglichkeit den Therapeuten zur Klärung telefonisch, per e-mail, per Internet Chat oder schriftlich zu erreichen. Bei

Therapeutenempfehlung erhält der Patient den Text vom Therapeuten und kann mit diesem auch aufkommende Fragen besprechen. Der engste Kontakt besteht bei Therapeutenanleitung; in diesem Fall sind die Texte Bestandteil einer Therapie, z. B. im Rahmen von Hausaufgaben.

e) Interaktive vs. rezeptive/lesende Bibliotherapie:

Interaktive Bibliotherapie nutzt Literatur, um Diskussionen zwischen Mitpatienten und/oder Therapeuten anzuregen. Lesende Bibliotherapie oder auch Selbsthilfe-Bibliotherapie sollen das Individuum in die Lage versetzen, die eigene Symptomatik besser zu verstehen und sie zu ändern im Sinne eines „Empowerments“, also zur Förderung der Selbstbestimmung des Patienten.

Bibliotherapeutische Behandlungsformen umfassen also eine bedeutsame Variationsbreite: Prävention und Intervention, mit unterschiedlicher Form des therapeutischen Kontakts und mit verschiedenen Materialien. Auch die Anwendungsbereiche sind vielfältig: von spezifischen Behandlungen für Depression und Angststörungen über Kontrolle von Gewohnheiten wie Rauchen bishin zu allgemeinen Paartrainings sowie Elterntrainings zur Veränderung von kindlichem Problemverhalten. Aufgrund der vorhandenen Vielfalt an Bibliotherapien wird im Folgenden darauf eingegangen, welche der Programme wissenschaftlichen Kriterien entsprechen und welche Personen diese nutzen sollten.

3.2 Wer profitiert am meisten von Bibliotherapie?

Verschiedene Wissenschaftler fordern die Untersuchung derjenigen Faktoren, die das Ausmaß der Effektivität von Bibliotherapie moderieren (Berman & Norton, 1985; Christensen & Jacobson, 1994; Grahlmann & Linden, 2005; Scogin et al., 1990). Bisher gibt es kaum Studien darüber, wer am meisten von Bibliotherapie profitiert bzw. welche Faktoren eine bedeutsame Rolle für die Effektivität bibliotherapeutischer Behandlungen spielen.

Adams und Pitre (2000) untersuchten, aus welchen Gründen Therapeuten zusätzlich bibliotherapeutische Materialien einsetzten. Sie fanden, dass 68 % der befragten Therapeuten angaben, dass sie Selbsthilfematerialien einsetzten, um die Selbsthilfeanteile der Patienten zu verstärken. Es konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung und der Anwendung bibliotherapeutischer Materialien gefunden werden. Je mehr klinische Erfahrung die Therapeuten aufwiesen, desto eher setzten sie zusätzlich Bibliotherapie ein.

Es gibt teilweise Hinweise darauf, dass bei Elterntrainings bestimmte Eigenschaften der Eltern einen Einfluss darauf haben, ob Bibliotherapie effektiv ist oder nicht. Zum Beispiel scheinen Familien nicht so stark von einem Programm zu profitieren, wenn die Mutter depressiv ist oder der Vater unter starkem Stress steht (Webster-Stratton, 1992). In einer Untersuchung mit essgestörten Patienten, die als Überbrückung der Wartezeit die Möglichkeit der selbst gesteuerten Behandlung mit einer CD-ROM erhielten, fanden die Autoren, dass sich die Patienten, die das Angebot annahmen und diejenigen, die es nicht in Anspruch nahmen, kaum voneinander unterschieden (Murray et al., 2003). Ein wichtiger Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen bestand jedoch in der Einstellung zu dem angenommenen persönlichen Nutzen von selbst gesteuerter Behandlung. Anwender versprachen sich einen hohen persönlichen Nutzen insofern, dass sie glaubten, ihr Problem mit Hilfe der Materialien schon zum Teil lösen zu können. Mit einer höheren Motivation steigt auch das Ausmaß der Compliance, welches dazu führt, dass bibliotherapeutische Interventionen eher genutzt werden (Troop, Schmidt, Tiller, Todd, Keilen & Treasure, 1996).

Personen, die für bibliotherapeutische Maßnahmen in Frage kommen, sollten also sorgfältig ausgewählt werden. Sie müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllen, wovon die naheliegendste die ist, dass sie bei Darbietung von schriftlichem Material über ausreichende Lesekenntnisse verfügen müssen. Des Weiteren müssen sie in der Lage sein, vorgeschlagene Übungen durchzuführen, was zum Beispiel bei schwer depressiven Patienten nicht vorausgesetzt werden kann (Cuijpers, 1997). Des Weiteren sollten sie eine ausreichende Motivation besitzen, die Materialien selbständig zu bearbeiten.

3.3 Methodische Probleme der Bibliotherapieforschung

In der Bibliotherapieforschung gibt es einige besondere methodische Probleme. Ein großes methodisches Problem bei wissenschaftlichen Untersuchungen der Bibliotherapie bildet die Drop-out-Rate. Es ist anzunehmen, dass Teilnehmer einer Studie diese eher abbrechen, wenn es wenig persönlichen Kontakt zu den Untersuchern gibt, was die Bibliotherapie aufgrund der selbst gesteuerten Behandlung mit sich bringt. Die Annahme, dass die Drop-out-Rate umso größer ist, je geringer der therapeutische Kontakt ausfällt, konnte in der bisherigen Forschung jedoch nur zum Teil belegt werden (Mimeault & Morin, 1999). Andere Untersuchungen fanden keinen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß des therapeutischen Kontakts und der Drop-out-Rate (Palmer, Birchall, McGrain & Sullivan, 2002).

Ein weiteres Problem ergibt sich bei der Auswertung der Daten. Werden die Abbrecher nicht in die Datenanalyse einbezogen, verfälscht dies das Ergebnis der Effektivität zugunsten der Bibliotherapie. Die berichteten Drop-out-Raten schwanken zwischen 15 % (Mimeault & Morin, 1999) und 30 % (Febbraro, Clum, Roodman & Wright, 1999). In vielen Studien finden sich jedoch gar keine Angaben über die Drop-out-Raten, so dass keine eindeutigen Rückschlüsse aus den Ergebnissen dieser Studien gezogen werden können. Es bleibt unklar, ob diese in die Berechnungen eingegangen oder nicht berücksichtigt worden sind. Für die Interpretation der Ergebnisse ist dies jedoch von Bedeutung, da Studien, die Drop-out-Raten nicht mit einbeziehen, die Effektivität bibliotherapeutischer Behandlung überschätzen. In zukünftiger Forschung sollten diese Daten daher berichtet werden (Scogin et al., 1990).

Auch andere für die Interpretation bedeutsame Informationen fehlen häufig in der bisherigen Forschung. Dies betrifft bei selbst gesteuerten Interventionen besonders die Art und den Umfang des Materials. In engem Zusammenhang damit stehen die Angaben über die Teilnehmer und das Ausmaß der Teilnahme. Nur selten wird darüber berichtet, wie weit die Teilnehmer das Material gelesen oder bearbeitet haben, obwohl auch dieser Aspekt Auswirkungen auf die Wirksamkeit von Bibliotherapie hat. Da es insgesamt einige schwer kontrollierbare Bedingungen bei der Untersuchung selbst gesteuerter Behandlung gibt, bedarf es bestimmter Anforderungen, die erfüllt sein müssen, um fundierte Aussagen machen zu können. Im Folgenden werden die Anforderungen an bibliotherapeutische Forschung dargestellt.

3.4 Anforderungen an zukünftige Bibliotherapieforschung

Christensen und Jacobson (1994) sind der Auffassung, dass Methoden der Selbsthilfe durchaus eine sinnvolle Alternative zur Behandlung von psychischen Problemen sein können. Außer der Effektivität spricht nach Meinung der Autoren dafür, dass der Bedarf an Behandlungen gar nicht von professionellen Therapeuten gedeckt werden kann. Es könnte zum Beispiel überlegt werden, ob Formen der Selbsthilfe für Personengruppen mit weniger gravierenden Störungen angeboten werden können. Meines Erachtens kann diese Forderung noch um einen Schritt erweitert werden. Im Sinne der Erhaltung psychischer Gesundheit könnten Selbsthilfematerialien präventiv eingesetzt werden. Dafür spricht auch, dass der Zugang zu Selbsthilfematerialien für viele einfacher ist. Die Tatsache, dass immer neue Bücher veröffentlicht werden, gibt Anlass zu der Annahme, dass viele diese Alternativen sowieso schon nutzen. Daher sollte sich die Aufmerksamkeit der Forschung auf diese Materialien richten, um diese Möglichkeiten effektiv zu nutzen. Christensen und Jacobson fordern, dass an Stelle von Vergleichen zwischen zwei professionellen Ansätzen, die beide gleich kostenintensiv sind, Untersuchungen treten sollen, die Erkenntnisse im Sinne des Effizienzprinzips bringen. Das heißt, dass Methoden verglichen werden sollen, die sich in ihrer Kostenintensität unterscheiden. Ein Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, diesen Vergleich im Bereich Elternt raining durchzuführen. Des Weiteren bemerken Christensen und Jacobson (1994), dass Studien, die Aussagen darüber machen, welche Klienten unter welchen Bedingungen mehr profitieren, bisher weitgehend fehlen. Auch dieser Frage wird in der vorliegenden Arbeit zum Teil nachgegangen.

Um genauere Angaben über die Effektivität von Bibliotherapie in den unterschiedlichen Bereichen machen zu können, ist weitere Forschung notwendig. Dabei sollten bestimmte Anforderungen erfüllt werden:

Es sollte

- sich mindestens um ein quasi-experimentelles Design mit Kontrollgruppe handeln;
- beobachtbares oder berichtetes Verhalten als abhängige Variable erfasst werden;
- Drop-out-Raten und Informationen über die Teilnehmer und über das dargebotene Material berichtet werden.

Diese Anforderungen sollten mindestens erfüllt sein, wenn allgemeine Aussagen aus Untersuchungen zu selbst gesteuerter Behandlung abgeleitet werden sollen.

3.5 Bibliotherapie als Präventionsmaßnahme

Die Anforderungen an Bibliotherapieprogramme als Präventionsmaßnahme entsprechen denen der Präventionsprogramme (siehe auch 3.3, vgl. Heinrichs et al., 2002). Die Anforderung einer guten Erreichbarkeit ist bei Bibliotherapieprogrammen meistens schon dadurch gegeben, dass sie frei verkäuflich sind. Jedoch können auch hier noch weitere Formen der Verbreitung, z.B. über das Internet oder über Beratungszentren gefunden werden, so dass die Angebote für möglichst viele Personen zugänglich sind. Von besonderer Bedeutung ist die empirische Fundierung und die wissenschaftlich begründete Wirksamkeit. Bisher wurde ein erhebliches Defizit hinsichtlich der wissenschaftlichen Fundierung der unterschiedlichen Programme festgestellt und derartige Untersuchungen gefordert (Grahmann & Linden, 2005). Im Folgenden wird ein Überblick über bisherige Forschungsergebnisse gegeben.

3.6 Allgemeine Ergebnisse der Bibliotherapieforschung

Bisher existiert im deutschen Sprachraum keine Meta-Analyse, die die Wirksamkeit von Bibliotherapie untersucht. Dies liegt sicher auch daran, dass es bisher kaum kontrollierte Studien zu diesem Bereich in Deutschland gibt. Im englischsprachigen Raum gibt es mindestens drei Meta-Analysen, die thematisch relevant sind und die im Folgenden herangezogen werden. Scogin et al. (1990) fassen 40 Studien in ihrer Meta-Analyse zu fünf Bereichen (Gewohnheitskontrolle bzgl. Rauchen oder Gewicht, Depression, Phobien, Fertigkeitentrainings und eine Restkategorie) zusammen. Die Autoren fanden eine mittlere Effektstärke über alle Bereiche von .96 verglichen mit einer unbehandelten Kontrollgruppe. Bibliotherapie in Verbindung mit minimalem therapeutischen Kontakt im Vergleich mit der Kontrollgruppe ergab sogar eine mittlere Effektstärke von 1.2. In den verschiedenen Bereichen ergaben sich Effektstärken zwischen .6 und 1.1. Die höchste mittlere Effektstärke zeigte sich im Bereich der Fertigkeitentrainings, zu denen auch die Elterntrainings (siehe unten) gehören. Scogin et al. können in ihrer Meta-Analyse eine generelle Wirksamkeit bibliotherapeutischer Behandlungen feststellen (s. Tabelle 1). Sie kommen aber zu dem Schluss, dass es Unterschiede zwischen den verschiedenen Programmen und den jeweiligen Problembereichen gibt und dass Informationen darüber fehlen, wer am meisten von solchen Programmen profitiert. Des Weiteren bemängeln die Autoren, dass sie kaum Angaben über Drop-out-Raten gefunden haben. Sie fordern, dass Wissenschaftler, die sich mit Bibliotherapie befassen, Informationen über das Material, den Bildungsstand der Teilnehmer, den Grad der Teilnahme, die Drop-out-Raten und über den Kontakt mit den Teilnehmern geben sollten.

Tabelle 1: Effektstärken der Meta-Analyse (Scogin et al., 1990)

Problembereich	Keine Behandlung als KG	
	N (Studienanzahl)	Effektstärke
Bibliotherapie gesamt	17	0.96
Mit minimalem Kontakt	13	1.19
Affektive Störungen		
Bibliotherapie	4	0.73
Minimaler Kontakt	5	1.05
Fertigkeiten		
Bibliotherapie	3	1.1
Minimaler Kontakt	3	1.02
Phobien		
Bibliotherapie	7	0.92
Minimaler Kontakt	1	0.77

Gould und Clum (1993) führten eine Meta-Analyse durch, in der sie eine mittlere Effektstärke von .76 fanden. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass mit Bibliotherapie bei diagnostizierbaren Problemen (Angst, Depression) und Fertigkeitentrainings größere Effekte erzielt werden können als bei der Kontrolle von Gewohnheiten (Rauchen, Trinken, Übergewicht).

Marrs (1995) bezog in seine Meta-Analyse 70 Studien zu unterschiedlichen Problembereichen ein und untersuchte die Frage, ob Bibliotherapie für bestimmte Probleme effektiver ist als für andere. Er beschränkte sich jedoch auf Studien, die sich ausschließlich mit den Belangen von Erwachsenen beschäftigten. Über alle Bereiche hinweg schlussfolgerte Marrs (1995), dass Bibliotherapie eine mittlere Effektivität (Effektstärke von .57) aufweist. Besonders effektiv scheint die bibliotherapeutische Behandlung bei Angststörungen, bei der Verbesserung der Selbstsicherheit und bei sexuellen Funktionsstörungen. Auch Depressionen lassen sich mit Bibliotherapie verringern, wobei die Effektivität bei Gewichtsreduktion, Studienproblemen und Veränderungen von Gewohnheiten (Rauchen, Alkohol) vergleichsweise gering ist.

Im Folgenden wird ein Überblick über die Bibliotherapieforschung zu den verschiedenen Bereichen gegeben, und vorhandene Forschungsergebnisse werden diskutiert. Dabei beschränken wir uns auf die Untersuchungen, die

- sich auf die Bereiche der affektiven Störungen, der Fertigkeitentrainings, der Ess- oder Schlafstörungen beziehen;
- als abhängige Variable beobachtbares oder berichtetes Verhalten messen;
- mindestens ein quasi-experimentelles Design mit Prä- und Post-Messung aufweisen;
- mindestens einen Stichprobenumfang von $N = 20$ aufweisen

Ausgeschlossen wurden Studien, die sich mit der Veränderung von Gewohnheiten (Rauchen, Alkoholmissbrauch, Gewichtsreduktion) befassen.

3.7 Affektive Störungen

Bei der Behandlung der Depression findet man häufig den Einsatz von Selbsthilfematerialien. In verschiedenen Untersuchungen mit depressiven Patienten unterschiedlichen Alters konnte die Effektivität der Bibliotherapie nachgewiesen werden (Ackerson, Scogin, McKendee-Smith & Lynan, 1998; Scogin, Jamison & Gochneaur, 1989). Die Meta-Analyse von Cuijpers (1997), die sechs Untersuchungen zu Bibliotherapie bei unipolarer Depression einbezog, ergab eine mittlere Effektstärke von .82. Bisherige Forschung belegt also die Wirksamkeit von Bibliotherapie bei Depressionen. Es zeigte sich jedoch, dass Psychotherapie der bibliotherapeutischen Behandlung in ihrer Wirkung auf Depression überlegen ist (Floyd, Scogin, McKendee-Smith, Floyd & Rokke, 2004).

Bibliotherapeutische Forschung im Bereich der Angststörungen ergab ein uneinheitliches Bild. Meta-Analysen über bibliotherapeutische Behandlungen von Angststörungen finden mittlere bis hohe Effektstärken (Marrs, 1995; Newman, Erickson, Przeworski & Dzus, 2003), die sich als recht stabil erweisen. In mehreren einzelnen Untersuchungen berichten die Autoren von der Effektivität bibliotherapeutischer Behandlung (Gould & Clum, 1995; Gould, Clum & Shapiro, 1993; Lidren, Watkins, Gould, Clum, Asterino & Tulloch, 1994; Marrs, 1995), während Febbraro et al. (1999) in ihrer Untersuchung zur Behandlung von Panikattacken keine signifikanten Effekte der Bibliotherapie fanden. Im Gegensatz zu vorherigen Studien zu Bibliotherapie hatten die Teilnehmer in dieser Untersuchung jedoch auch keinen Kontakt zu Therapeuten. Febbraro et al. vermuten, dass sich schon ein minimaler therapeutischer Kontakt auf die Motivation auswirkt. In einer neueren Studie von Febbraro (2005) verglich er daher eine Gruppe mit therapeutischem Kontakt und Bibliotherapie mit einer Gruppe ohne therapeutischen Kontakt und einer Gruppe, die nur Telefonkontakte aber keine Bibliotherapie erhielt. Er fand, dass die Bibliotherapiegruppe mit Telefonkontakt den anderen Gruppen in ihrer Wirksamkeit überlegen war. Seine Hypothese konnte er damit nicht bestätigen. Auch Untersuchungen in anderen Bereichen unterstützen diese Hypothese nur zum Teil. In einigen Studien schnitten Personen, die therapeutischen Telefonkontakt hatten, besser ab als diejenigen ohne jeglichen Kontakt (Curry, McBride, Grothaus, Louie & Wagner, 1995; Zhu, Stetch, Balabanis & Rosbrook, 1996), während der therapeutische Kontakt in anderen Untersuchungen keinen Effekt hatte (Gould & Clum, 1993; Marrs, 1995). Eine Betrachtung der unterschiedlichen Studien zu Bibliotherapie bei Angststörungen zeigt, dass der Effekt des therapeutischen

Kontaktes mit der Störung variiert (Newman et al., 2003). Während bei bibliotherapeutischer Behandlung von spezifischen Phobien das Ausmaß des therapeutischen Kontaktes keine große Rolle zu spielen scheint, erhöht es die Effektivität der Behandlung von schweren Agoraphobien erheblich. Auch bei der Behandlung von Panikstörungen wirkt sich die Dauer des therapeutischen Kontaktes auf die Verbesserung der Symptomatik aus.

Febbraro et al. (1999) berichten in ihrer Studie von einer Drop-out-Rate, die bei über 30 % liegt. Nur 63 von 98 Versuchspersonen führten die Studie bis zum Ende durch, wobei als ein häufiger Abbruchgrund die Dauer genannt wurde. Die Autoren berichten, dass die Teilnehmer noch einige Wochen warten mussten, bevor die Untersuchung begann. Viele hatten sich eine sofortige Hilfe für ihre Probleme erhofft.

3.8 Schlafstörungen

Mimeault und Morin (1999) untersuchten die Wirksamkeit von Bibliotherapie bei Schlafstörungen. Sie verglichen drei Bedingungen miteinander: Bibliotherapie alleine, Bibliotherapie mit wöchentlichen Telefonkontakten und eine Wartelistenkontrollgruppe. Die Autoren fanden, dass sich die Gruppen direkt nach der Intervention insofern unterschieden, als dass die Personen mit minimalem therapeutischem Kontakt im Mittel besser abschnitten als die reine Bibliotherapiegruppe, beide jedoch bessere Ergebnisse erzielten als die Wartelistenkontrollgruppe. In einer Follow-up-Messung drei Monate später glichen sich die beiden Bibliotherapiegruppen einander an. Die Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen waren zu keinem Zeitpunkt statistisch signifikant. Die Wissenschaftler erklären die Tendenz der Bibliotherapiegruppe ohne therapeutischen Kontakt, die Erfolge gleich bleibend aufrecht zu erhalten damit, dass die Eigenverantwortung dieser Personen von Anfang an größer war und Erfolge eher internal attribuiert werden. Vergleichbare Ergebnisse wurden auch in anderen Bereichen gefunden (Gould & Clum, 1993). Interessant an der Studie von Mimeault und Morin ist, dass die Drop-out-Rate sehr gering ist. Nur vier Personen (alle aus der Bibliotherapiegruppe) von 58 nahmen nicht bis zum Ende teil. Es könnte ein Zusammenhang zu der Tatsache bestehen, dass die Teilnehmer eine Gebühr von \$10 bezahlten, um die Ausgaben für Porto und Material zu decken.

3.9 Essstörungen

Auch im Bereich der Essstörungen (Bulimia nervosa und Binge eating) gibt es Untersuchungen zu der Effektivität von selbst gesteuerter Behandlung (Carter & Fairburn, 1998; Palmer, Birchall, McGrain & Sullivan, 2002). Bibliotherapie scheint ganz allgemein bei der Behandlung von Essstörungen effektiv zu sein; zu der Bedeutung des therapeutischen Kontaktes auf die Effektivität der Bibliotherapie gibt es jedoch widersprüchliche Ergebnisse. Zum Teil scheint die Unterstützung über das Telefon die Erfolgswahrscheinlichkeit der Bibliotherapie zu erhöhen, jedoch nicht in dem Maße wie der Kontakt „face-to-face“ (Palmer et al., 2002). In anderen Untersuchungen zeigte der Kontakt zu einem Therapeuten kaum Auswirkungen (Carter & Fairburn, 1998).

3.10 Paar- und Elterntrainings

Unter diesen Bereich fallen bibliotherapeutische Behandlungen, die sich auf die Vermittlung von Fertigkeiten beziehen, und nicht der Behandlung von psychischen Störungen dienen. Ziel ist eher im Sinne von Prävention, die Entstehung von Störungen zu verhindern. Schon in den 70er Jahren findet man die Anfänge der Bibliotherapieforschung. Christensen, Johnson, Phillips und Glasgow (1980) erkannten schon damals die Notwendigkeit, effizientere Methoden zu finden als die traditionelle therapeutische Methode des Einzelkontakts. Die Autoren untersuchten die Effektivität familientherapeutischer Methoden, indem sie das Ausmaß des therapeutischen Kontakts variierten (und eine Bedingung die Bibliotherapie mit minimalem therapeutischem Kontakt darstellte). Allerdings verzichteten die Forscher auf eine Kontrollgruppe, so dass nur Vergleiche zwischen den verschiedenen Behandlungsgruppen möglich waren. Dabei fanden sie, dass die Personen in allen Bedingungen von der Behandlung profitierten. Erwartungsgemäß verbesserten sich die problematischen Verhaltensweisen der Kinder in der Bibliotherapiegruppe weniger als in der Einzel- und der Gruppenbehandlung.

Die meisten Trainings richten sich an Eltern, um Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern zu verhindern oder zu reduzieren. Beispielsweise untersuchten Rapee, Abbott und Lyneham (2006) die Wirksamkeit einer bibliotherapeutischen Intervention bei Eltern von ängstlichen Kindern und konnten die Wirksamkeit gegenüber der Kontrollgruppe nachweisen. Aber auch im Bereich der Paartrainings gibt es Ansätze, z.B. eine angemessene Kommunikation zu vermitteln, um die Partnerschaftsqualität zu verbessern. In einer Untersuchung zur Wirksamkeit von Selbsthilfebüchern für Paare fanden Bodenmann et al. (2001), dass die Lektüre eines Selbsthilfebuches nur zu relativ kurzfristigen Veränderungen der individuellen Copingkompetenz führte, die Partnerschaftsqualität jedoch nicht verbessert hat. Das Buch wurde von den Paaren als positiv und hilfreich beurteilt, wies jedoch in der Wirksamkeit nur begrenzte Effekte auf.

Vereinzelte Studien untersuchten Bibliotherapie mit Eltern und belegten die Wirksamkeit von Selbsthilfematerialien (z.B. Connell, Sanders & Markie-Dadds, 1997; Markie-Dadds & Sanders, 2006; Webster-Stratton, Kolpacoff & Hollinsworth, 1988). Connell, Sanders und Markie-Dadds (1997) konnten in ihrer Untersuchung die Effektivität des Selbsthilfebuches des Triple P-Trainings belegen. Sie untersuchten 23 Familien aus ländlichen Gegenden in Australien, denen es nicht möglich war, therapeutische Angebote

wahrzunehmen. Die Familien erhielten kurze therapeutische Kontakte am Telefon, in denen Fragen geklärt werden konnten. Es zeigten sich deutliche Veränderungen in der Bibliotherapiegruppe bezüglich des berichteten kindlichen Verhaltens gegenüber der Kontrollgruppe.

Webster-Stratton, Kolpacoff und Hollinsworth (1988) untersuchten die Wirksamkeit von videogestützten Elterntrainings mit und ohne therapeutischen Kontakt. Eltern sahen wöchentlich Videos, in denen Elternfertigkeiten dargestellt wurden. Eine Gruppe sah solche mit Diskussion, die von einem Therapeuten geleitet wurde, eine Gruppe Videos ohne Diskussion und ohne therapeutischen Kontakt. Die Autoren fanden heraus, dass die Gruppe der Eltern am besten abschnitt, die therapeutischen Kontakt hatte. Die Gruppe ohne therapeutischen Kontakt erzielte jedoch deutlichere Veränderungen im Verhalten des Kindes als die Kontrollgruppe. Die Autoren weisen darauf hin, dass vergleichbare Ergebnisse mit erheblich geringeren Kosten durch diese Form der Selbsthilfe erzielt werden können.

Scogin et al. (1990) fanden in ihrer Meta-Analyse im Bereich der Fertigkeitentrainings die höchsten Effektstärken; diese lagen bei 1.1. Andere Untersuchungen konnten eine vergleichbar hohe Wirksamkeit bei Elterntrainings nicht nachweisen (Cedar & Levant, 1990; Sanders, Makie-Dadds, Bor & Tully; 2000). Sanders et al. (2000) untersuchten das Triple P-Programm in vier verschiedenen Abstufungen. Neben dem Standardtrainingsprogramm gab es ein erweitertes Programm der Ebene 5, das Selbsthilfeprogramm und eine Wartelistenkontrollgruppe. Die Personen der Selbsthilfebedingung erhielten das Selbsthilfebuch Triple P und arbeiteten es selbständig durch. Ihnen wurde mitgeteilt, dass sie die Post-Messung in 15 Wochen durchführen sollen, unabhängig davon, wie weit sie gekommen waren. Dabei fanden die Autoren, dass sich in allen Bedingungen Effekte gegenüber der Kontrollgruppe zeigten. Diese waren kurzfristig nach dem erweiterten Programm am stärksten, gefolgt von der Standardtrainingsbedingung und der Selbsthilfebedingung. Langfristig unterschieden sich die Effekte der drei Interventionen kaum. Es zeigte sich jedoch, dass auch der Unterschied zwischen der Selbsthilfe- und der Kontrollgruppe nicht mehr signifikant war. Ein wichtiger Kritikpunkt an dieser Studie ist, dass die Forscher nicht erhoben haben, wie weit die Versuchspersonen der Selbsthilfebedingung das Buch auch wirklich gelesen hatten. Sie teilen mit, dass „70% der Eltern das Programm in 15 Wochen abgeschlossen hatten“ (S.636), sie überprüften jedoch keine Kenntnisse der Inhalte. Außerdem hatten 30 % der Personen zum Zeitpunkt der

Postmessung das Programm nicht beendet. Das bedeutet, dass in dieser Bedingung Werte von Personen eingingen, die wenig oder sogar gar keine Intervention erhalten hatten. Dies wäre möglicherweise eine Erklärung dafür, dass in anderen Untersuchungen (Connell, Sanders & Markie-Dadds, 1997; Scogin et al., 1990) signifikante Veränderungen in Selbsthilfebedingungen erzielt werden konnten.

Cedar und Levant (1990) beschränken sich in ihrer Meta-Analyse auf Studien, die das Elterntraining von Gordon (1975) untersuchten. Als mittlere Effektstärke ergab sich .33, bezogen auf Wissen, Einstellungen und selbst berichtetes Verhalten der Eltern sowie Selbstwertgefühl der Kinder.

Vorhandene Untersuchungen in diesem Bereich zeigen deutlich, dass es Unterschiede in der Wirksamkeit einzelner Programme gibt. Des Weiteren spielen die Art der Durchführung der Bibliotherapie, das Ausmaß des therapeutischen Kontakts und der Grad der Teilnahme eine bedeutsame Rolle und sollten bei zukünftiger Forschung berücksichtigt werden.

3.11 Zusammenfassung

In vielen Bereichen konnte nachgewiesen werden, dass bibliotherapeutische Behandlungen effektiv sind. Dies scheint besonders auf Maßnahmen zuzutreffen, die sich mit der Vermittlung von Fertigkeiten befassen. Es kann jedoch keine allgemein gültige Aussage über die Effektivität bibliotherapeutischer Programme in diesem Bereich getroffen werden, da diese abhängig von den Merkmalen der jeweiligen Programme ist. Allgemein scheint es möglich zu sein, anhand von Materialien, die Personen zur Verfügung gestellt werden, Veränderungen in Form von selbst gesteuerter Behandlung zu erreichen. Zukünftige Forschung sollte unter Berücksichtigung der oben genannten Anforderungen den Schwerpunkt darauf legen zu untersuchen, welche der zahlreichen Selbsthilfematerialien wirksam sind. Dass der Bedarf und der Markt für Selbsthilfematerialien ausreichend vorhanden ist, lässt sich daran erkennen, dass jährlich neue Materialien veröffentlicht (und vermutlich auch gekauft) werden. Dieses Potenzial ließe sich wesentlich effizienter nutzen, wenn besonders diejenigen Materialien eine weitere Verbreitung erhielten, die wissenschaftlich überprüft worden ist und deren Wirksamkeit nachgewiesen werden konnte. Besonders im deutschsprachigen Raum gibt es bisher kaum fundierte Selbsthilfematerialien, so dass es dringend notwendig erscheint, in diesen Bereich der Forschung zu investieren.

4 Fragestellung und Hypothesen

Die vorliegende Untersuchung erfolgte innerhalb des DFG-Projekts „Zukunft Familie“, dessen Ziel die Evaluierung der deutschen Version des Programms Triple P ist. Ziel der folgenden Studie ist es, die Wirksamkeit des Elternratgebers Triple P zu untersuchen.

Wie aus dem theoretischen Teil dieser Arbeit hervorgeht, gibt es unterschiedliche Ergebnisse zur Wirksamkeit von Bibliothherapie in der Forschung. Während in einigen Studien Effektstärken bis zu 1.1 berichtet werden (vgl. 3.6.), finden andere Untersuchungen keine Belege für die Wirksamkeit von bibliothераpeutischer Behandlung. Auch zu der Bedeutung telefonischer Kontakte findet man in der Forschung unterschiedliche Ergebnisse. Bisher gibt es keine Untersuchungen zu bibliopräventiven Programmen, bisherige Forschung bezieht sich auf die Untersuchung bibliothераpeutischer Interventionen. Aufgrund dieser uneindeutigen Befundlage soll in der vorliegenden Studie anhand des Elternratgebers Triple P untersucht werden, wie wirksam dieser in Verbindung mit telefonischen Kontakten ist. Die erste Hypothese, die überprüft werden soll, bezieht sich auf die Annahme, dass sich kindliche Verhaltensauffälligkeiten nicht im Verlauf der Zeit reduzieren. Das heißt, dass von den Eltern beschriebene auffällige Verhaltensweisen der Kinder nach eine Wartezeit von drei Monaten unverändert berichtet werden. Des Weiteren wird angenommen, dass sich die Umsetzung der Erziehungsstrategien des Triple P-Programms auf mehreren Ebenen bemerkbar machen würde. Die Eltern sollten zunächst in ihrer subjektiven Einschätzung die positiven Erziehungsstrategien häufiger anwenden. Außerdem sollten sich die auffälligen Verhaltensweisen der Kinder reduzieren, die Eltern sollten die kindlichen Verhaltensweisen als weniger auffällig einschätzen. Außerdem ist anzunehmen, dass sich die verbesserte Erziehungsqualität sowohl auf die Befindlichkeit und die Lebenszufriedenheit der Eltern als auch auf die elterliche Partnerschaft positiv auswirkt. Das bedeutet, dass zu erwarten ist, dass Eltern, die den Elternratgeber Triple P gelesen haben, ihr Erziehungsverhalten als günstiger einschätzen, ihre Kinder als weniger auffällig beschreiben, mit ihrer eigenen Lebenssituation zufriedener sind und ihre Partnerschaft positiver empfinden als Eltern, die diese bibliothераpeutische Maßnahme nicht durchgeführt haben. Als eine weitere Hypothese wird angenommen, dass es einen negativen Zusammenhang zwischen der Rate kindlicher auffälliger Verhaltensweisen und der Lebenszufriedenheit der Eltern gibt. Weiterhin wird der Zusammenhang zwischen der Anzahl telefonischer Kontakte und der Veränderung kindlicher Verhaltensweisen untersucht. Dabei wird ein negativer Zusammenhang zwischen Anzahl der

Telefonkontakte und den kindlichen Verhaltensauffälligkeiten angenommen. Zwischen elterlichem Erziehungsverhalten und Anzahl der telefonischen Kontakte wird ein positiver Zusammenhang erwartet, d.h. je mehr Telefonkontakte beansprucht wurden, desto positiver das wahrgenommene Erziehungsverhalten.

Zusammenfassend können folgende spezifische Hypothesen abgeleitet werden:

1. Es wird angenommen, dass es keinen Zeiteffekt auf kindliche Verhaltensweisen und elterliches Erziehungsverhalten gibt. Das bedeutet, dass sich die Prä- und Post-Messungen kindlicher Verhaltensauffälligkeiten und elterlicher Erziehungsstrategien in der Kontrollgruppe nicht voneinander unterscheiden.
2. Die Wirksamkeit des Elternratgebers Triple P zeigt sich in günstigem Erziehungsverhalten. Eltern mit der bibliotherapeutischen Intervention zeigen mehr günstige und weniger ungünstige Erziehungsstrategien als die Eltern ohne die bibliotherapeutische Intervention.
3. Kinder aus den Familien mit der bibliotherapeutischen Intervention zeigen weniger Verhaltensauffälligkeiten als Kinder aus den Familien ohne bibliotherapeutische Intervention.
4. Die bibliotherapeutische Intervention wirkt sich positiv auf die Lebenszufriedenheit der Eltern aus. Eltern mit der bibliotherapeutischen Maßnahme geben eine höhere Lebenszufriedenheit an als Eltern ohne bibliotherapeutische Maßnahme.
5. Die bibliotherapeutische Maßnahme hat einen positiven Einfluss auf die Partnerschaft und die psychische Belastung der Eltern. Das bedeutet, dass die Eltern mit der bibliotherapeutischen Intervention zum einen ihre Partnerschaft als glücklicher bewerten, zum anderen positivere Kommunikationsmuster zeigen als Eltern ohne bibliotherapeutische Intervention. Auch depressive Symptome sollten sich reduzieren.
6. Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der Rate kindlicher Verhaltensauffälligkeiten und der Lebenszufriedenheit der Eltern. Das bedeutet, dass

die Lebenszufriedenheit der Eltern umso höher ist, je geringer die Verhaltensauffälligkeiten der Kinder ausgeprägt sind.

7. Es wird ein negativer Zusammenhang zwischen der Rate kindlicher Verhaltensauffälligkeiten zum Zeitpunkt der Post-Messung und der Anzahl der wahrgenommenen Telefonkontakte erwartet. Das bedeutet, dass sich die kindlichen Verhaltensauffälligkeiten mit steigender Inanspruchnahme der angebotenen Telefonkontakte reduzieren.
8. Zwischen der Inanspruchnahme der Telefonkontakte und dem günstigen Erziehungsverhalten der Post-Messung besteht ein positiver, zwischen der Inanspruchnahme der Telefonkontakte und dem ungünstigen Erziehungsverhalten der Post-Messung besteht ein negativer Zusammenhang.
9. Es wird ein negativer Zusammenhang zwischen der Rate kindlicher Verhaltensauffälligkeiten und dem günstigen Erziehungsverhalten erwartet. Entsprechend wird ein positiver Zusammenhang zwischen der Rate kindlicher Verhaltensauffälligkeiten und dem ungünstigen Erziehungsverhalten angenommen.

5 Methode

Im Folgenden wird die Vorgehensweise der Untersuchung erläutert, in der die Beschreibung der Stichprobe und der verwendeten Instrumente und Materialien enthalten ist. Im letzten Abschnitt wird auf die Durchführung der Datenerhebung eingegangen.

5.1 Stichprobe

Insgesamt nahmen 69 Familien, die über die städtischen Kindertagesstätten in Braunschweig rekrutiert wurden, an der Untersuchung teil. Für den vorliegenden Teil des Projekts „Zukunft Familie“, welches die Evaluation des Elternratgebers „Triple P“ beinhaltet, wurden eine private und drei städtische Kindertagesstätten kontaktiert. Aus der Kindertagesstätte „Gartenstadt“ nahmen 15 Familien (22 %) teil, aus der Kindertagesstätte „Neue Knochenhauerstraße“ beteiligten sich 6 Familien (9 %), in der Kindertagesstätte „Riddagshausen“ fanden sich 13 interessierte Familien (19 %) und 32 Familien (46 %) kamen aus der Kindertagesstätte „Sterntaler e.V.“. Drei Familien (4 %) erfuhren von teilnehmenden Bekannten von dem Projekt und nahmen teil, ohne dass die von diesen Kindern besuchten Kindertagesstätten an dem Projekt beteiligt waren.

Von den beteiligten Familien liegen in 43 Fällen (62 %) die Fragebögen von Vater und Mutter vor, in 22 Fällen (32 %) waren die Väter nicht bereit, die Fragebögen auszufüllen und vier Mütter (6 %) waren allein erziehend, so dass aus diesem Grund nur ein Fragebogen pro Familie vorliegt. Die soziodemographischen Daten liegen von 65 Familien (94 %) sowohl von Mutter als auch von Vater vor, da diese in einem kurzen Interview mit einem Partner für beide Elternteile erhoben wurden. Von den 69 Müttern liegen in 63 Fällen (91 %) die Fragebögen beider Messzeitpunkte vor, von den 43 Vätern nahmen acht Väter ausschließlich an der Prä-Messung teil, so dass nur in 35 Fällen (81 %) der vollständige Datensatz vorliegt. Im Folgenden werden die soziodemographischen Daten der teilnehmenden Familien dargestellt. In den soziodemographischen Daten zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (s. Tabelle 1 in Anhang A).

5.1.1 Eltern und Geschwisterkinder

Tabelle 2 zeigt den Familienstand der Eltern. 94 % (N = 65) der Kinder lebten in einer soziologischen Familie mit Vater und Mutter und ggf. Geschwistern. Der überwiegende Teil der Eltern war verheiratet, ein kleinerer Teil lebte in fester Partnerschaft. 6 % (N = 4) der Kinder lebten bei ihrer Mutter, die allein erziehend war. Aus diesem Grund beziehen sich die soziodemographischen Angaben zu den Vätern ausschließlich auf die 65 Väter, die mit ihren Kindern zusammen lebten.

Tabelle 2: Familienstand der Eltern

Familienstand der Eltern	Mütter (N = 69)		Väter (N = 65)	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verheiratet gemeinsam lebend	58	84.1	58	89.2
Verheiratet getrennt lebend	2	2.9	0	0
In fester Partnerschaft lebend	7	10.1	7	10.8
Ledig	2	2.9	0	0

Die Eltern waren zu Beginn der Studie zwischen 22 und 54 Jahre alt (Mütter: M = 35,2; SD = 5,3; Väter: M = 38,2; SD = 5,4). Die genaue Verteilung der Altersstufen ist in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Alter der Eltern

Alter der Eltern	Mütter (N = 69)		Väter (N = 65)	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Bis 25 Jahre	3	4.3	1	1.5
26 – 30 Jahre	9	13.1	5	7.7
31 – 35 Jahre	21	30.4	9	13.9
36 – 40 Jahre	27	36.3	34	52.2
Über 40 Jahre	11	15.9	16	24.7

Die teilnehmenden Familien hatten zwischen ein und vier Kinder ($M = 2,0$). 26 % der Familien hatten ein Einzelkind ($N = 18$). Bei 58 % ($N = 40$) bestand die Familie aus zwei Kindern, bei 9 % aus drei Kindern ($N = 6$). 7 % ($N = 5$) der Familien hatten vier Kinder. Nur jeweils ein Kind wurde als „Indexkind“ ausgewählt, für welches die unten beschriebenen Fragebögen beantwortet wurden.

In Tabelle 4 sind die Angaben über den Bildungsstand (erfasst durch den Schulabschluss) der Eltern dargestellt. Der überwiegende Teil der Eltern hatte Abitur oder Fachabitur ($M = 69$ %), während nur ein sehr geringer Teil (6 %) einen Hauptschulabschluss besaß. In der Verteilung zwischen Müttern und Vätern gab es hinsichtlich des Schulabschlusses kaum Unterschiede.

Tabelle 4: Schulabschluss der Eltern.

Schulabschluss der Eltern	Mütter ($N = 69$)		Väter ($N = 65$)	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Hauptschulabschluss oder niedriger	4	5.8	4	6.2
Realschulabschluss	21	30.4	13	20.0
Abitur, Fachabitur oder Oberschule	44	63.8	48	73.8

Das Einkommen wurde in sechs Kategorien unterteilt (s. Tabelle 5). Knapp zwei Drittel der Familien gaben an, über ein monatliches Einkommen von mindestens 2.500 Euro zu verfügen und lagen damit innerhalb der beiden höchsten Kategorien. Nur ein geringer Teil der Familien hat ein Einkommen unter 1500 Euro. Sechs Personen verweigerten die Angaben zum Nettoeinkommen der Familie.

Tabelle 5: Monatliches Haushalts-Netto-Einkommen der Familien (N = 69).

Monatliches Haushalts-Einkommen	Häufigkeit	%
bis zu 1000 €	3	4.3
1000 – 1499 €	6	8.6
1500 – 1999 €	2	2.8
2000 – 2499 €	7	10.1
2500 – 4000 €	26	37.7
mehr als 4000 €	19	26.5
keine Angaben	6	8.7

5.1.2 Daten zu den Kindern

Die folgenden Angaben beziehen sich auf die so genannten „Indexkinder“, das heißt auf die ausgewählten 69 Kinder, die im Fokus der Intervention standen. Die Kinder waren zwischen zwei und sechs Jahren alt ($M = 4.1$; $SD = 1.0$). 51 % ($N = 35$) der Kinder waren Jungen, 49 % ($N = 34$) waren Mädchen. In Tabelle 6 ist die Verteilung des Geschlechts und des Alter dargestellt.

Tabelle 6: Zusammensetzung der Kinderstichprobe nach Alter und Geschlecht.

Alter	Jungen		Mädchen		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
2 Jahre	2	2.9	4	5.8	6	8.7
3 Jahre	16	23.2	13	18.8	29	42.0
4 Jahre	12	17.4	11	15.9	23	33.3
5 Jahre	4	5.8	3	4.4	7	10.2
6 Jahre	1	1.4	3	4.4	4	5.8
Gesamt	35	50.7	34	49.3	69	

5.2 Instrumente

In der vorliegenden Arbeit wurden verschiedene Fragebögen zur Erfassung elterlichen Erziehungsverhaltens, kindlicher Verhaltensauffälligkeiten, Depressivität, Lebenszufriedenheit und partnerschaftlicher Kommunikation verwendet. Die einzelnen Instrumente werden im Folgenden näher erläutert. Alle Instrumente (mit Ausnahme der Beurteilung der Zufriedenheit mit dem Programm) wurden vor und nach der Durchführung der Intervention erhoben.

Elternfragebogen über das Verhalten von Klein- und Vorschulkindern (CBCL 1½ - 5)

Die amerikanische „Child Behavior Checklist“ existiert in einer deutschen Fassung, die von der *Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist* (1998) erarbeitet wurde. Der Fragebogen enthält 100 Items, die die elterliche Einschätzung bezüglich der Kompetenzen, Verhaltens- und emotionalen Auffälligkeiten von Kindern im Alter zwischen eineinhalb und fünf Jahren erfassen. Die Eltern sollen die Häufigkeit bzw. das Auftreten der Auffälligkeiten auf einer dreistufigen Skala beurteilen (0 = nicht zutreffend bis 2 = genau / häufig zutreffend). Die Items werden zu acht Problemskalen und zwei übergeordneten Skalen zusammen gefasst. Die übergeordnete Skala „Externalisierende Störung“ (Mütter: $\alpha = .90$; Väter: $.92$) enthält die Problemskalen „Delinquentes Verhalten“ und „Aggressives Verhalten“. „Internalisierende Störung“ ($\alpha = .86/89$) als zweite übergeordnete Skale setzt sich aus den Problemskalen „Sozialer Rückzug“, „Körperliche Beschwerden“ und „Angst/Depressivität“ zusammen. Die drei weiteren Problemskalen erfassen Aufmerksamkeitsprobleme, soziale Probleme und schizoid/zwanghafte Auffälligkeiten. Des Weiteren wird ein Gesamtwert ($\alpha = .94/.96$) ermittelt. Für die deutsche Version der CBCL liegen zufrieden stellende interne Konsistenzen ($r_{tt} > .70$) vor. Die faktorielle und die Kriteriumsvalidität konnten ebenfalls belegt werden (Döpfner, Schmeck, Poustka, Berner, Lehmkuhl & Verhulst, 1996; Döpfner et al., 1997).

Fragebogen zu Stärken und Schwächen des Kindes (Strength and Difficulties Questionnaire, SDQ-Deu)

Der SDQ ist ein kurzer Screening-Fragebogen mit 25 Items, der nach konkretem kindlichem Verhalten und Merkmalen fragt. Die Items können fünf Skalen mit jeweils fünf Merkmalen zugeordnet werden. Als Antwortmöglichkeiten bestehen die Alternativen „Nicht zutreffend“, „Teilweise zutreffend“ und „Eindeutig zutreffend“. Der Fragebogen besteht aus den folgenden Skalen: „Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“, „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ und „Prosoziales Verhalten“. Ein „Problemgesamtwert“ ergibt sich durch Addition der ersten vier Skalen ($\alpha = .82$). Der SDQ diskriminiert gut zwischen auffälligen und unauffälligen Stichproben (Goodman, Renfrew & Mullick, 2000) und hat sich auch im deutschen Sprachraum als angemessenes Instrument heraus gestellt (Klasen et al., 2000).

Der SDQ existiert in mehreren Versionen: zwei Fremdbeurteilungsfragebögen für Eltern und Lehrer von Vier- bis Sechzehnjährigen, eine leicht abgewandelte Form für Eltern Drei- und Vierjähriger und einen Selbstbeurteilungsbogen für elf- bis sechzehnjährige Jugendliche. In Untersuchungen mit dem englischsprachigen Fragebogen konnten mittlere interne Konsistenzen gefunden werden (Goodman, 1997).

In der vorliegenden Untersuchung wurde die deutsche Elternversion für Vier- bis Sechzehnjährige verwendet. Der SDQ wurde neben der CBCL zur Erfassung kindlicher Verhaltensauffälligkeiten eingesetzt, um zu überprüfen, ob er als deutlich kürzerer Screening-Fragebogen veränderungssensitiv ist und ob Unterschiede in kindlichen Verhaltensweisen auch mit weniger Items erfasst werden können. Ein weiterer Unterschied zwischen der CBCL und dem SDQ ist der, dass der SDQ mit der Skala „Prosoziales Verhalten“ eine Art Kompetenzskala enthält, die positive Verhaltensweisen der Kinder messen soll.

Erziehungsfragebogen (EFB)

Der Erziehungsfragebogen ist die deutsche Übersetzung der „Parenting Scale“ (PS; Arnold, O’Leary, Wolff & Acker, 1993). In 35 Items wird elterliches Erziehungsverhalten bei problematischem Kindverhalten („Wenn mein Kind ungezogen ist oder sich unangemessen verhält“) zweipolig beschrieben (effektiv: „unternehme ich gleich etwas dagegen“; ineffektiv: „gehe ich später darauf ein“). Das eigene Verhalten in den letzten zwei Monaten soll auf einer siebenstufigen Antwortskala zwischen den beiden Polen der Verhaltensweisen eingestuft werden. Die Antworten lassen sich zu den drei Skalen „Überreagieren“ (12 Items; $\alpha = .81/.81$), „Nachsichtigkeit“ (11 Items; $\alpha = .71/.67$) und „Weitschweifigkeit“ (6 Items; $\alpha = .64/.58$) und zu einem Gesamtwert ($\alpha = .81/.75$) zusammenfassen. Eltern mit hoher Ausprägung auf der Skala „Nachsichtigkeit“ geben sehr schnell nach, lassen die Kinder oft gewähren, achten wenig auf die Einhaltung von Regeln und Grenzen oder verstärken Problemverhalten des Kindes positiv. Die Aussagen der Skala „Überreagieren“ erfassen „Erziehungsfehler“ wie zum Beispiel Ausdruck von Zorn, Wut und Ärger sowie übermäßige Reizbarkeit oder Gemeinheit. Eltern mit hoher Ausprägung auf der Skala „Weitschweifigkeit“ führen mit ihren Kindern immer wieder langatmige und ermüdende Diskussionen über Problemverhalten ihres Kindes.

Fragebogen zum positiven Erziehungsverhalten (FZEV)

Der „Fragebogen zum Erziehungsverhalten“ (FZEV) wurde in Anlehnung an verschiedene englischsprachige Fragebögen („Parent Practises Scale“, Strayhorn & Weidman, 1988; „Parent Behavior Checklist“, Fox, 1994) für das Projekt entwickelt und erfasst insbesondere positives, verstärkendes und förderndes Erziehungsverhalten (z.B. „Ich schmuse mit meinem Kind“). Der FZEV umfasst 13 Items und soll von den Eltern hinsichtlich des Vorkommens in den letzten zwei Monaten beurteilt werden (0 = „nie“ bis 3 = „sehr oft“). Die Antworten werden zu einem Gesamtwert zusammengefasst. Die internen Konsistenzen des Gesamtwertes sind als gut zu beurteilen ($\alpha = .85/.86$).

Allgemeine Depressionsskala in der Langform (ADS-L)

Die „Allgemeine Depressionsskala in der Langform“ (ADS-L; Hautzinger & Bailer, 1993) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung depressiver Symptome. Es werden das Vorhandensein und die Dauer der Beeinträchtigung durch depressive Affekte, körperliche Beschwerden und negative Denkmuster erfragt. Der Bezugszeitraum ist die letzte Woche. Die Skala umfasst 20 Items, die auf einer vierstufigen Antwortskala (0 = „selten oder überhaupt nicht“, 1 = „manchmal“, 2 = „öfter“ und 3 = „meistens“) beurteilt werden. Vier Items sind negativ gepolt und werden für die Auswertung umkodiert. Nach der Umkodierung werden alle Antworten zu einem Gesamtwert zusammengefasst. Die interne Konsistenz des Gesamtwertes kann als gut beurteilt werden ($\alpha = .81/.83$).

Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)

Der „Fragebogen zur Lebenszufriedenheit“ (FLZ; Henrich & Herschbach, 2000) ist ein Instrument zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität. Im FLZ wird die Lebenszufriedenheit für acht Bereiche erhoben (Gesundheit, Beruf/Arbeit, Finanzielle Situation, Freizeitgestaltung/ Hobbies, Familienleben/Kinder, Partnerschaft/Sexualität, Freunde/Bekannte und Wohnsituation). Für jeden Bereich werden die Wichtigkeit (1 = „nicht wichtig“ bis 5 = „extrem wichtig“) und die Zufriedenheit (1 = „unzufrieden“ bis 5 = „sehr zufrieden“) erfasst. Anhand der beiden Angaben wird die gewichtete Zufriedenheit bestimmt. Zusätzlich wird die allgemeine Zufriedenheit erfragt. Die Ergebnisse zur internen Konsistenz für den Gesamtwert sind befriedigend (Mütter: $\alpha = .78$; Väter: $\alpha = .77$). Der FLZ wurde an einer repräsentativen deutschen Stichprobe normiert, weiterhin liegen Normen für verschiedene Alters- und Berufsgruppen vor.

Fragebogen zur Beurteilung einer Zweierbeziehung (FBZ-K)

Der „Fragebogen zur Beurteilung einer Zweierbeziehung“ (FBZ-K; Köppe, 2001) ist die deutsche Übersetzung der „Abbreviated Dyadic Adjustment Scale“ (ADAS; Sharpley & Rogers, 1984). Zum einen werden drei Bereiche der Partnerschaft (Weltanschauung, wichtige Ziele, gemeinsame Zeit) bezüglich der Übereinstimmung der Partner darüber (0 = „immer uneinig“ bis 5 = „immer einig“) beurteilt. In drei weiteren Items werden positive Verhaltensweisen (miteinander diskutieren; anregender Gedankenaustausch, gemeinsam arbeiten) beschrieben und hinsichtlich ihres Vorkommens beurteilt (0 = „nie“ bis 5 = „öfter als einmal am Tag“). Schließlich wird erfasst wie glücklich die Partnerschaft eingeschätzt wird (0 = „sehr unglücklich“ bis 5 = „sehr glücklich“). Die Antworten werden zu einem Gesamtwert zusammengefasst. Die interne Konsistenz kann als gut bewertet werden ($\alpha = .84/.88$).

Fragebogen zur Erfassung partnerschaftlicher Kommunikation (FPK)

Der „Fragebogen zur Erfassung partnerschaftlicher Kommunikation“ ist die deutsche Version des „Communication Patterns Questionnaire“ (Christensen, 1987, 1988) und erfasst dyadische Kommunikationsmuster während der Diskussion von Konflikten. Der FPK umfasst fünf Skalen, von denen in der vorliegenden Untersuchung nur die Skala „Gegenseitige konstruktive Kommunikation“ (FPK-KK; $\alpha = .88/.89$) verwendet wurde. Diese Skala erfasst die Fähigkeit eines Paares, einen Konflikt durch gleichberechtigte Diskussion und Kompromissbereitschaft positiv zu bewältigen. Sie enthält sieben Items, für die auf einer neunstufigen Skala jeweils eingeschätzt wird, mit welcher Wahrscheinlichkeit das beschriebene Kommunikationsmuster auftritt. Die interne Konsistenz des FPK kann als zufrieden stellend bezeichnet werden. Auch die diskriminative und die Konstruktvalidität konnten von Kröger et al. (2000) nachgewiesen werden.

Beurteilung der Zufriedenheit mit dem Programm

Die Zufriedenheit mit dem Elternratgeber wurde mit Hilfe eines Beurteilungsfragebogens erhoben, der direkt im Anschluss an das Training ausgefüllt wurde. Er bestand aus sieben Items, die sich auf die Zufriedenheit mit der Bibliothherapie und die Qualität der telefonischen Beratung bezogen und auf einer Skala von 0 (schlechte Qualität) bis 6 (hervorragende Qualität) eingeschätzt werden sollten.

5.3 Durchführung

Im Rahmen der bereits erwähnten DFG-Studie „Projekt Zukunft Familie“ wurden die Familien in drei städtischen Kindertagesstätten und einem privaten Kindergarten in Braunschweig rekrutiert. Die Familien bekamen im Rahmen eines Informationsstandes das Angebot, an der Studie teilzunehmen, indem sie die Fragebögen ausfüllen und im Gegenzug das Triple P Elternarbeitsbuch, das Video „Überlebenshilfe für Eltern“ und 10 Euro für die ausgefüllten Fragebögen erhalten. Die Teilnahme erfolgte auf freiwilliger Basis und konnte jederzeit abgebrochen werden. Die Familien wurden vorab darüber informiert, dass etwa der Hälfte der Interessenten das Programm sofort, der anderen Hälfte erst nach etwa drei Monaten angeboten werden könne und dass das Los darüber entscheide, welche Familien erst zu einem späteren Zeitpunkt das Buch erhielten. Alle Eltern füllten also zum Zeitpunkt der Anmeldung die oben beschriebenen Fragebögen aus und wurden randomisiert der Experimental- oder der Wartelistenkontrollgruppe zugeordnet. Die Randomisierung wurde dadurch gewährleistet, dass die Familien vorher nummerierte Fragebögen erhielten. Die Familien, die gerade Zahlen erhielten, nahmen sofort an der Intervention teil, die Familien, deren Fragebögen ungerade Nummern enthielten, wurden der Wartelistenkontrollgruppe zugeordnet. Eine Ausnahme bildeten die drei Familien, deren Kindertagesstätten nicht an dem Projekt beteiligt waren. Sie wurden der Experimentalgruppe zugeordnet.

Bei 62 Familien wurden die regelmäßigen Telefonkontakte ausschließlich mit den Müttern geführt, in vier Fällen wurden die Telefonate abwechselnd mit Vater und Mutter geführt, und nur bei zwei Familien führten die Väter ausschließlich die Gespräche. Eine Familie war nicht an den Gesprächen interessiert und führte gar keine Telefonate. Die Mütter gaben an, im Durchschnitt 9,2 Kapitel gelesen zu haben, während von den Vätern immerhin nach eigenen Angaben durchschnittlich 5,2 Kapitel des Elternratgebers gelesen wurden.

Im Folgenden wird das „Triple P Elternarbeitsbuch“ und das weitere Vorgehen ausführlich beschrieben.

5.4 Elternratgeber Triple P

„Triple P“ ist ein wissenschaftlich fundierter Ansatz mit dem Ziel, positive Erziehungsstrategien zu vermitteln und Eltern dabei zu unterstützen, diese im Alltag anzuwenden. Das Programm wurde von Sanders und seinen Mitarbeitern in Australien (Queensland) entwickelt.

Das „Triple P Elternarbeitsbuch (Der Ratgeber zur positiven Erziehung mit praktischen Übungen)“ ist ein für zehn Wochen konzipiertes Programm, das Eltern selbständig durcharbeiten können. Es umfasst zehn Kapitel, in denen die positiven Erziehungsstrategien vorgestellt und die Eltern in Übungen angeregt werden, diese praktisch auszuprobieren und in ihrem Alltag einzusetzen.

Das erste Kapitel gibt einen Überblick darüber, was unter positiver Erziehung zu verstehen ist. Zunächst werden die Grundlagen positiver Erziehung beschrieben. Dazu gehört, dass Eltern für eine sichere und interessante Umgebung sorgen, damit die Kinder ihre Umgebung entdecken können. Weiterhin sollen Eltern eine positive und anregende Lernumgebung schaffen, indem sie einerseits für ihre Kinder da sind und andererseits ihre Kinder ermutigen, etwas auszuprobieren. Ein dritter Grundsatz positiver Erziehung ist das konsequente Verhalten der Eltern, damit Kinder lernen, selbst Verantwortung für ihr Handeln zu übernehmen. Als weitere wichtige Grundlagen gelten, dass Eltern nicht zu viel von ihren Kindern erwarten und ihre eigenen Bedürfnisse nicht vernachlässigen.

In einem nächsten Abschnitt werden Ursachen für Verhaltensprobleme behandelt. Dabei wird nach genetischen Faktoren, familiären Umgebungsfaktoren und gesellschaftlichen Einflüssen unterschieden. Zu dem familiären Umfeld gehören Verhaltensweisen wie zufällige Belohnung von unerwünschtem Verhalten, sog. Eskalationsfallen, Ignorieren von erwünschtem Verhalten, Modelllernen, ungünstige Anweisungen, Kritisieren des Kindes als Person anstelle seines Verhaltens, Drohungen, die nicht umgesetzt werden, und inkonsequente oder im Zorn erteilte Strafe sowie ungünstige Überzeugungen von Eltern, beispielsweise, dass ein bestimmtes Verhalten nur eine vorübergehende Phase des Kindes ist. Auch Probleme der Eltern, z.B. Partnerschaftsprobleme, Stress, Depressionen oder Ängste der Eltern haben einen Einfluss auf das Verhalten des Kindes. Zu den gesellschaftlichen Einflüssen gehören der Umgang mit anderen Kindern, Anforderungen an die Kinder z.B. in der Schule und der Umgang mit Medien.

Der letzte Abschnitt des Kapitels enthält die Anleitung zur Festlegung von Veränderungszielen und zur systematischen Beobachtung kindlichen Verhaltens. Dafür

werden verschiedene Beobachtungsbögen eingeführt, die die Eltern verwenden sollen, um zwei ausgewählte Verhaltensweisen über einen längeren Zeitraum zu beobachten.

In dem zweiten Kapitel werden die zehn Strategien zur Förderung kindlichen Verhaltens vorgestellt. Dabei werden die im Folgenden beschriebenen drei Bereiche unterschieden. Zunächst werden die Strategien für den Aufbau einer positiven Beziehung eingeführt. Dazu gehören das Verbringen wertvoller Zeit, Reden mit dem Kind und Zuneigung zeigen. In dem nächsten Abschnitt werden die Strategien beschrieben, die angemessenes Verhalten fördern. Dazu gehören das beschreibende Loben, Aufmerksamkeit schenken und das Sorgen für spannende Beschäftigung. In dem letzten Abschnitt werden die Strategien vermittelt, die Eltern anwenden können, um ihren Kindern neue Fertigkeiten und Verhaltensweisen zu vermitteln. Dazu gehören ein gutes Vorbild sein, das beiläufige Lernen, die „Fragen-Sagen-Tun-Methode“ und die Punktekarte.

Beiläufiges Lernen kann immer dann angewendet werden, wenn Kinder aufmerksam und interessiert sind. Durch weitere Fragen lernen Kinder eigenständig zu denken oder die Antwort selbst zu finden. Die „Fragen-Sagen-Tun-Methode“ kann bei komplexen Verhaltensweisen mit mehreren Einzelschritten angewendet werden. Die Punktekarte kann bei Verhaltensweisen sinnvoll sein, für die Kinder eine zusätzliche oder besondere Motivation benötigen. Dabei wird für ein erwünschtes Verhalten eine besondere Belohnung festgelegt; zunächst in Form von Punkten (Aufkleber, Bilder oder ähnliches). Wenn eine vorher festgelegte Anzahl von Punkten gesammelt worden ist, können die Kinder diese in eine Belohnung einlösen. Nach der Beschreibung jeder Strategie werden die Eltern in einer dazugehörigen Übung angeregt, eigene Ideen für die jeweilige Strategie zu entwickeln. Innerhalb der nächsten Woche sollen die Eltern zunächst eine Punktekarte vorbereiten und zwei andere Strategien auswählen, die sie ausprobieren und anwenden möchten.

Das dritte Kapitel enthält sieben Strategien zum Umgang mit Problemverhalten. Dazu gehören die Aufstellung von Familienregeln, das direkte Ansprechen auf Regelverstöße, das absichtliche Ignorieren bei leichtem Problemverhalten, das klare und ruhige Geben von Anweisungen, logische Konsequenzen, der „Stille Stuhl“ und die „Auszeit“. Logische Konsequenzen sind am besten für geringfügiges und eher seltenes Problemverhalten geeignet. Sie sollen kurz sein und das Verhalten des Kindes sofort unterbrechen, beispielsweise wird das entsprechende Spielzeug für fünf Minuten entfernt, in dessen Zusammenhang das Problemverhalten aufgetreten ist. Der „Stille Stuhl“ soll benutzt werden, wenn das Kind die Anweisung der Eltern nicht befolgt und andere Konsequenzen keinen Erfolg hatten. Das Kind soll seine Beschäftigung unterbrechen und für kurze Zeit in dem Raum, in dem das

Problemverhalten aufgetreten ist, ruhig in der Nähe der Eltern sitzen. Die „Auszeit“ ist eine Methode, die bei schwerwiegendem Problemverhalten eingesetzt werden soll und eine effektive Methode darstellt, um Kindern zu helfen, Selbstkontrolle zu erlernen. Der Unterschied zum „Stillen Stuhl“ besteht darin, dass das Kind in einen anderen Raum gebracht wird, in dem es sich ruhig verhalten soll.

Zum Abschluss des Kapitels werden zwei Erziehungsroutinen vorgestellt, die verschiedene Strategien zu einem routinierten Ablauf zusammenfassen. Die Kooperationsroutine wird angewendet, wenn das Kind eine neue Verhaltensweise zeigen soll, während die Routine zur Verhaltensänderung eingesetzt wird, wenn das Kind ein Problemverhalten beenden soll. Als Aufgabe für die folgende Woche sollen die Eltern einige Familienregeln aufstellen, einige Strategien aus dem dritten Kapitel auswählen, die sie ausprobieren wollen und die vorbereitete Punktekarte umsetzen.

Die Kapitel der vierten bis sechsten Woche sind identischen Inhalts. Die Eltern sollen jede Woche praktische Übungen planen und durchführen, um die erlernten Strategien auszuprobieren. Dabei sollen die Eltern sich Ziele und einen konkreten Zeitpunkt von etwa 20 Minuten auswählen, an dem sie die Übung durchführen wollen. Des Weiteren sollen sie sich selbst beobachten, um zu beurteilen, ob sie ihre Ziele erreicht haben.

In Kapitel sieben werden zunächst Überlebensstipps für Familien beschrieben. Dazu gehört die Möglichkeit als Team zusammen zu arbeiten, indem sich verschiedene Erziehungspersonen in ihren Strategien abstimmen. Des Weiteren sollten Streitigkeiten vor dem Kind vermieden werden, Unterstützung eingeholt werden und sich selbst als Eltern eine Pause einräumen. In dem nächsten Abschnitt werden Risikosituationen, wie z.B. Situationen, in denen mehrere Anforderungen gleichzeitig erfüllt werden müssen oder die Eltern durch Dritte beobachtet werden, eingeführt. Um diese Risikosituationen besser bewältigen zu können, wird das Erstellen von Aktivitätenplänen vermittelt. Dabei sollen bereits im Vorfeld Ideen entwickelt werden, damit Problemverhalten nicht entstehen kann.

In der achten und neunten Woche sollen Aktivitätenpläne erstellt und umgesetzt werden. Die Eltern sollen einschätzen, wie erfolgreich ihre Pläne waren und entsprechend notwendige Anpassungen vornehmen.

Das letzte Kapitel beinhaltet die Überprüfung der Fortschritte und den Abschluss des Programms. Dabei werden erneut die Ziele betrachtet, die die Eltern sich in der ersten Woche gesteckt haben. Die Eltern werden dazu angeregt, sich weitere Veränderungsziele für die Zukunft zu setzen und diese mit Hilfe der positiven Erziehungsstrategien zu erreichen.

Wartelistenkontrollgruppe (WKG). Die Eltern der WKG erhielten die Information, dass sie noch etwa drei Monate warten müssen, ehe sie das Programm erhalten. Nach drei Monaten wurden sie gebeten, erneut die Fragebögen auszufüllen und erhielten im Anschluss auch die Intervention. Nach Abschluss der Intervention füllten die Familien der Wartelistenkontrollgruppe erneut die Fragebögen aus, um eine Veränderungsmessung zu erhalten. Der Vorteil dieses Designs ist die Erhöhung der statistischen Power, da sich die Gruppe, über die man eine Veränderungsmessung erhält, verdoppelt. Nachteil ist, dass es keine Kontrollgruppe für langfristige Follow-up-Untersuchungen mehr gibt.

Experimentalgruppe (EG). Die Eltern der EG wurden instruiert, das Triple P-Elternarbeitsbuch wochenweise über zehn Wochen durchzuarbeiten. In den ersten vier Wochen wurden wöchentliche Telefontermine mit den Eltern vereinbart, in den letzten sechs Wochen fanden die Telefonkontakte nur noch alle zwei Wochen statt. Während der Telefonate, die zwischen 20 und 30 Minuten dauerten, wurden Verständnisfragen der Teilnehmer geklärt und protokolliert, welche Strategien des Elternratgebers angewendet wurden. Nach drei Monaten erhielten auch die Eltern der EG erneut die Fragebögen zur Postmessung. Die Telefontermine wurden von zwei lizenzierten Triple P-Trainerinnen durchgeführt.

6 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung dargestellt. Die Auswertungen wurden jeweils getrennt für Mütter und Väter vorgenommen. 63 Familien bearbeiteten die Fragebögen zu beiden Messzeitpunkten, während sechs Mütter und acht Väter ausschließlich an der Prä-Messung teilnahmen. Die Drop-out-Rate beträgt damit 9 %. Für die Berechnungen wurden die fehlenden Post-Daten dieser Familien den Prä-Daten gleichgesetzt, so dass die Drop-outs in den Berechnungen berücksichtigt wurden (Intention to treat). Wenn zum Zeitpunkt der Prä-Messung die Fragebögen nur unvollständig ausgefüllt waren, sodass aufgrund einer zu großen Anzahl von Missings die Auswertung des jeweiligen Fragebogens nicht erfolgen konnte, wurde dieser aus der Gesamtanalyse genommen. Aus diesem Grund wurden in die Überprüfung der Fragestellung der Mütter zwischen 65 und 69 Mütter einbezogen, bei den Vätern gingen zwischen 35 und 43 Datensätze in die Berechnungen mit ein.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Prä-Post-Messung für das Wartelisten-Kontrollgruppen-Design dargestellt. Zunächst werden diese Berechnungen für die Gruppe der Mütter, anschließend die Ergebnisse für die Gruppe der Väter beschrieben.

6.1 Zufriedenheit mit dem Programm

Die allgemeine Qualität des Programms wurde als hoch bewertet. Auf einer Skala von 0 (schlechte Qualität) bis 6 (hervorragende Qualität) bewerteten die Mütter das Programm im Mittel mit 4.7 (SD = 0.8); der Mittelwert der Väter lag bei 4.6 (1.0). Sowohl die Mütter als auch die Väter bewerteten die Tipps als hilfreich (Mittelwert der Mütter = 5.1, SD = 1.0; Mittelwert der Väter = 5.0, SD = 1.2) und die Telefonkontakte als sehr kompetent durchgeführt (Mittelwert der Mütter = 5.4, SD = 0.7; Mittelwert der Väter = 4.9, SD = 1.0).

6.2 Mütter

6.2.1 Rate auffälliger Kinder

Bezeichnet man die Kinder als auffällig, die zwei Standardabweichungen über der in der amerikanischen ermittelten Norm der CBCL liegen, fanden sich zum Zeitpunkt der Prä-Messung in der Experimentalgruppe nach Einschätzung der Mütter 14 auffällige Kinder (36 %). Zum Zeitpunkt der Post-Messung waren es nur noch sieben (18 %), wobei keine auffälligen Kinder hinzugekommen sind, die zum Zeitpunkt der Prä-Messung noch unauffällig waren. In der Kontrollgruppe fanden sich bei der Prä-Messung 12 auffällige Kinder (38 %), bei Post-Messung waren es neun (28 %). Von diesen waren zwei Kinder in der Prä-Messung als unauffällig und in der Post-Messung als auffällig beschrieben worden. Der Mittelwert der CBCL über die Gesamtstichprobe liegt nicht im klinisch auffälligen Bereich ($M = 33,2$; $SD = 16,5$).

6.2.2 Wirksamkeit des Elternratgebers

6.2.2.1 Multivariate Analysen

Zur Überprüfung der Wirksamkeit der Bibliotherapie zum Post-Zeitpunkt wurde in einem ersten Schritt über die abhängigen Variablen (CBCL, SDQ, FZEV, EFB, ADS und FLZ) eine multivariate, zweifaktorielle (2 x 2) Varianzanalyse mit den Faktoren Gruppe (EG, KG) und Messzeitpunkt (prä, post) für Mütter und Väter getrennt berechnet.

Für die Mütter ergab sich eine signifikante Interaktion der Faktoren Gruppe x Zeit, $F(15, 47) = 3.0$; $p < .05$, ein signifikantes Ergebnis für den Faktor Zeit, $F(15, 47) = 4.0$; $p < .001$, und ein nicht-signifikantes Ergebnis für den Faktor Gruppe, $F(15, 47) = 0.9$; n.s.. Das bedeutet, dass die Mütter der Experimentalgruppe nach der Bearbeitung des Elternratgebers signifikant geringere Werte in den Fragebögen angaben als vor der Bearbeitung, während der Faktor Gruppe allein keine Rolle spielte. Insgesamt gibt es in der Berechnung über alle einbezogenen Fragebögen hinweg einen signifikanten Zeiteffekt.

Für die abhängigen Variablen FBZ-K und FPK-KK wurde eine getrennte 2x2 MANOVA gerechnet, um die Stichprobengröße für die erste MANOVA nicht zu reduzieren. Es konnten keine signifikanten Ergebnisse gezeigt werden, das heißt, dass weder der Faktor Gruppe, $F(2, 56) = 1.4$; $p = .25$, noch der Faktor Zeit, $F(2, 56) = 0.7$; $p = .52$, einen Effekt hatten. Ebenso konnte kein Interaktionseffekt zwischen Gruppe und Zeit gefunden werden, $F(2, 56) = 2.7$; $p = .08$.

6.2.2.2 Univariate Analysen

6.2.2.2.1 *Elterliches Erziehungsverhalten*

Das ungünstige elterliche Erziehungsverhalten wurde mit dem EFB und das günstige Erziehungsverhalten mit dem FZEV gemessen. Um Aussagen über die Auswirkungen des Selbsthilfemanuals auf das elterliche Erziehungsverhalten treffen zu können, wurden Varianzanalysen mit Messwiederholung für die beiden Fragebögen durchgeführt. Um zu überprüfen, ob die Randomisierung zu vergleichbaren Gruppenvariablen geführt hat, wurden t-Tests ($p > .05$) durchgeführt. Die Gruppen unterschieden sich bei den Daten des elterlichen Erziehungsverhaltens nicht signifikant voneinander. Es finden sich also in allen Variablen in beiden Gruppen vergleichbare Ergebnisse zum Zeitpunkt der Prä-Messung.

EFB

Um die Hypothese zu überprüfen, dass sich das ungünstige Erziehungsverhalten in der Experimentalgruppe reduziert, wurde eine Varianzanalyse für abhängige Stichproben gerechnet. Bei der Berechnung der Varianzanalysen des EFB der Mütter zeigten sich für alle Skalen (s. Tabelle 2 in Anhang A) signifikante Interaktionseffekte zwischen Zeit und Gruppe (s. Abbildung 1). Das bedeutet, dass die Mütter der Experimentalgruppe ihr ungünstiges Erziehungsverhalten nach der Bearbeitung des Elternratgebers als reduziert einschätzten, während sich die Wahrnehmung der Mütter der Kontrollgruppe bezüglich des ungünstigen Erziehungsverhaltens nicht veränderte, $F(1,66) = 21.4$; $p < .01$.

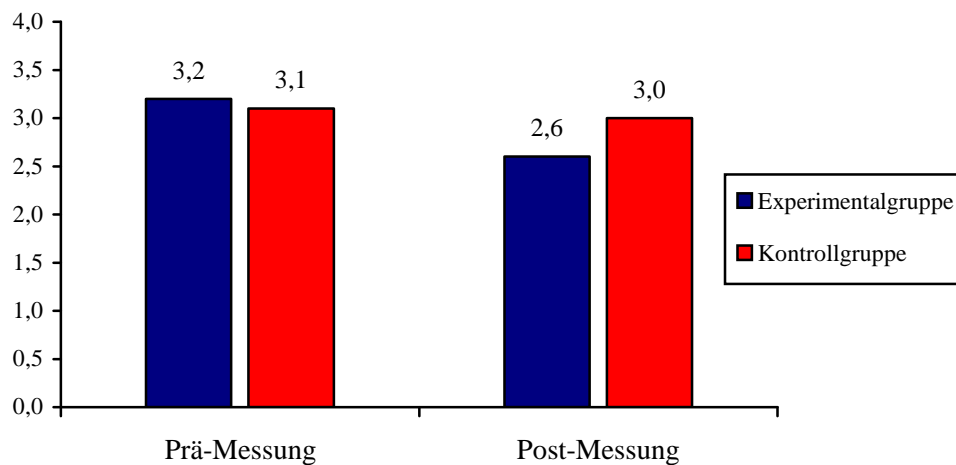


Abbildung 1: Mittelwerte des Gesamtwertes des ungünstigen Erziehungsverhaltens (EFB) der Mütter

FZEV

Die Varianzanalyse des FZEV, die berechnet wurde, um Veränderungen bezüglich des günstigen Erziehungsverhalten der Mütter zu untersuchen (s. Tabelle 2 in Anhang A), zeigte ebenfalls einen signifikanten Interaktionseffekt zwischen Messzeitpunkt und Gruppenzugehörigkeit (s. Abbildung 2). Die Mütter der Experimentalgruppe gaben zum Zeitpunkt der Post-Messung ein günstigeres Erziehungsverhalten an als zum Zeitpunkt der Prä-Messung, während die Mütter der Kontrollgruppe ihr Ausmaß an günstigem Erziehungsverhalten genau entgegengesetzt einschätzten, $F(1,60) = 5.0$; $p < .05$.

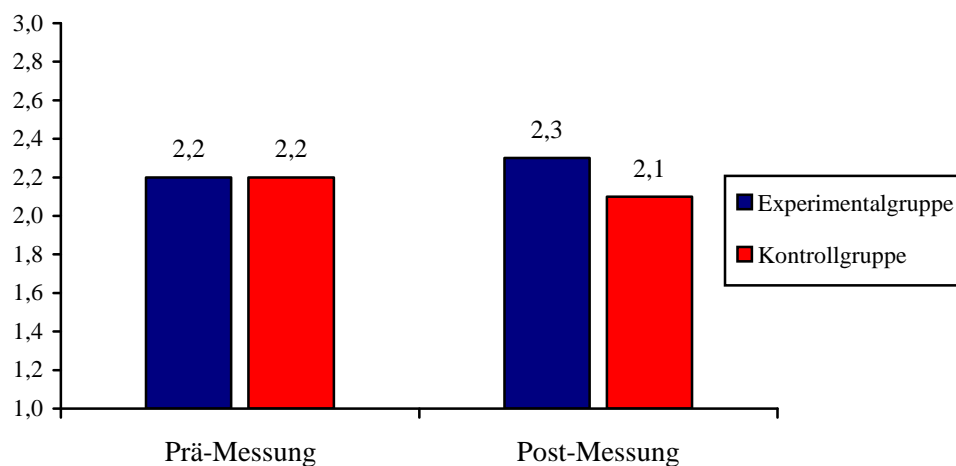


Abbildung 2: Mittelwerte des günstigen Erziehungsverhaltens (FZEV) der Mütter

6.2.2.2 Kindliche Verhaltensauffälligkeiten

Mögliche Veränderungen von kindlichen Verhaltensweisen wurden über die Fragebögen CBCL und SDQ erfasst. Um zu überprüfen, ob die Randomisierung zu vergleichbaren Gruppenvariablen geführt hat, wurden t-Tests ($p > .05$) durchgeführt. Die Gruppen unterschieden sich bei den Daten der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten nicht signifikant voneinander. Es finden sich also in allen Variablen in beiden Gruppen vergleichbare Ergebnisse zum Zeitpunkt der Prä-Messung.

CBCL

Um die Hypothese zu überprüfen, ob sich die Bearbeitung des Elternratgebers Triple P positiv auf die kindlichen Verhaltensweisen auswirkt, wurde eine Varianzanalyse für abhängige Stichproben zunächst für den Gesamtwert der CBCL berechnet (s. Tabelle 7). In den Prä-Werten lagen beide Gruppen dabei im Mittel in einem unauffälligen Bereich, d.h., dass die Mütter ihre Kinder nicht als auffällig beschrieben. Es zeigte sich sowohl ein Haupteffekt zwischen der Prä- und der Postmessung als auch ein Interaktionseffekt. Der Haupteffekt bedeutet, dass die Werte der Post-Messung über beide Gruppen signifikant geringer sind als die Werte der Prä-Messung. In dem Interaktionseffekt zeigt sich, dass die Mütter der Experimentalgruppe ihre Kinder bei der Post-Messung als weniger auffällig beurteilen als die Mütter der Kontrollgruppe, $F(1,64) = 3.6$; $p < .05$.

Des Weiteren wurde eine Varianzanalyse für abhängige Stichproben für die Skala „Externales Verhalten“ der CBCL berechnet (s. Tabelle 7). In den Prä-Werten lagen beide Gruppen dabei im Mittel in einem unauffälligen Bereich, d.h., dass die Mütter ihre Kinder nicht als external auffällig beschrieben. Die Varianzanalyse zeigt, dass bei den externalisierenden Verhaltensweisen ein signifikanter Interaktionseffekt vorliegt. Während die Kontrollgruppe keine Änderung externalisierender Verhaltensweisen berichtete, gaben die Mütter der Experimentalgruppe eine deutliche Reduktion externalisierenden Verhaltens an, $F(1,64) = 7.1$; $p < .01$.

Um Veränderungen im Bereich des internalisierenden Verhaltens feststellen zu können, wurde eine Varianzanalyse für abhängige Stichproben für die Skala „Internalisierendes Verhalten“ der CBCL berechnet (s. Tabelle 7). Es zeigte sich zwar eine Tendenz in die erwartete Richtung insofern, dass die Mütter der Experimentalgruppe einen geringeren Post-Wert angaben als die Mütter der Kontrollgruppe. Dieser Unterschied war jedoch nicht signifikant, $F(1,64) = 1.5$; n.s..

Tabelle 7: Mittlere Rohwerte kindlicher Verhaltensauffälligkeiten der Mütter (CBCL)

	Experimentalgruppe (N=37)		Kontrollgruppe (N=29)		F
	Prä	Post	Prä	Post	
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	
CBCL					
Gesamtwert	31.7 (16.8)	22.5 (15.7)	35.2 (16.2)	32.1 (18.3)	3.6*
External	13.2 (8.2)	8.7 (6.3)	13.4 (6.3)	12.7 (7.7)	7.1**
Internal	8.2 (5.3)	6.4 (5.8)	10.0 (6.2)	9.7 (7.2)	1.5

Anmerkungen: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

* $p < .05$; ** $p < .01$

SDQ

Auch für den Gesamtwert und die einzelnen Skalen des SDQ wurde eine Varianzanalyse für abhängige Stichproben berechnet (s. Tabelle 8). Es ließ sich für die Gesamtskala ein signifikanter Interaktionseffekt zeigen. Das bedeutet, dass sich der Gesamtwert des SDQ nach Angaben der Mütter in der Experimentalgruppe signifikant reduzierte, während er sich in der Kontrollgruppe nicht veränderte, $F(1,67) = 5.8$; $p < .05$. Auch für die Skala „Verhaltensprobleme“ konnte dieser Interaktionseffekt gezeigt werden. Mütter der Experimentalgruppe schätzten die Verhaltensauffälligkeiten zum Zeitpunkt der Post-Messung geringer ein als die Mütter der Kontrollgruppe, $F(1,67) = 9.5$; $p < .01$.

Für die Skalen „Hyperaktivität“, „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“, „Prosoziales Verhalten“ und „Emotionale Probleme“ konnten keine signifikanten Interaktionseffekte gefunden werden (s. Tabelle 8).

Tabelle 8: Mittlere Rohwerte kindlicher Verhaltensauffälligkeiten der Mütter (SDQ)

	Experimentalgruppe (N=37)		Kontrollgruppe (N=32)		
	Prä	Post	Prä	Post	
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	F
SDQ					
Gesamtwert	9.4 (4.9)	6.7 (3.8)	9.4 (4.2)	9.0 (4.3)	5.8*
Skala Verhaltensprobleme	2.7 (1.7)	1.7 (1.2)	2.5 (1.2)	2.6 (1.5)	9.5**
Skala Hyperaktivität	3.7 (2.5)	2.8 (2.3)	3.7 (2.3)	3.3 (2.2)	1.2
Skala Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	1.3 (1.4)	0.9 (1.1)	1.5 (1.4)	1.4 (1.6)	1.2
Skala Prosoziales Verhalten	7.6 (1.8)	7.8 (2.0)	7.5 (1.3)	7.2 (1.9)	3.0
Skala Emotionale Probleme	1.8 (1.8)	1.3 (1.7)	1.8 (1.8)	1.8 (1.5)	2.3

Anmerkungen: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

* $p < .05$; ** $p < .01$

6.2.2.2.3 Auswirkungen auf die Lebenszufriedenheit

Um zu überprüfen, ob sich die Durchführung des Elternratgebers auf die allgemeine Lebenszufriedenheit der Eltern auswirkt, wurde eine Varianzanalyse für die Gesamtskala des Fragebogens zur Lebenszufriedenheit berechnet (s. Tabelle 3 in Anhang A). Zum Zeitpunkt der Prä-Messung unterschieden sich die Mütter der beiden Gruppen nicht voneinander. Zum Zeitpunkt der Post-Messung wiesen die Mütter der Experimentalgruppe tendenziell etwas höhere Mittelwerte auf dieser Skala als die Mütter der Kontrollgruppe (s. Abbildung 3). Der Unterschied konnte jedoch nicht als signifikant nachgewiesen werden, $F(1,67) = 1.3$; n.s..

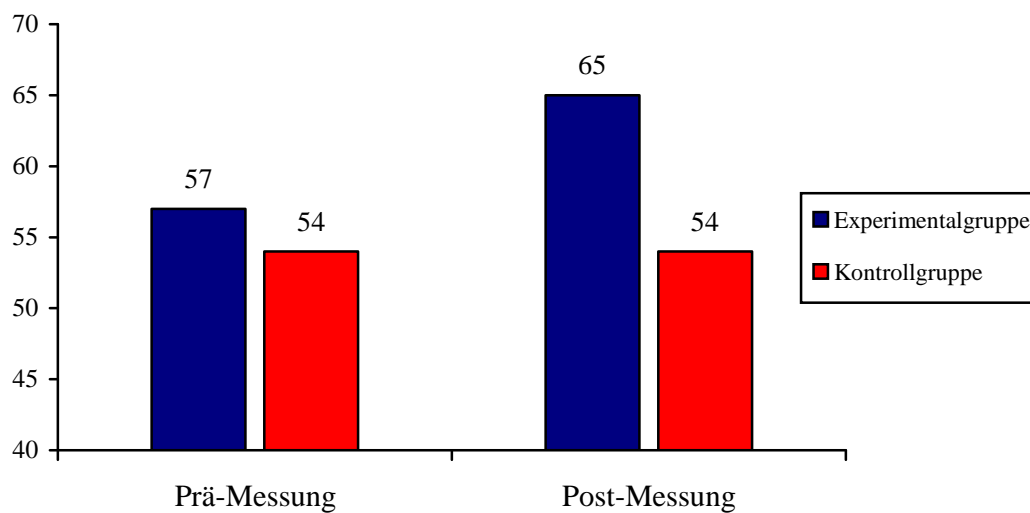


Abbildung 3: Mittelwerte der Lebenszufriedenheit (FLZ) der Mütter

6.2.2.2.4 Auswirkungen auf die psychische Befindlichkeit

Um die Hypothese zu überprüfen, dass sich das Bearbeiten des Elternratgebers auf die psychische Befindlichkeit der Mütter auswirkt, wurde eine Varianzanalyse für die Gesamtskala der ADS berechnet (s. Tabelle 3 in Anhang A). Dabei zeigten sich für die Mütter der Experimentalgruppe keine signifikanten Veränderungen in der depressiven Symptomatik zwischen dem Zeitpunkt der Prä- und dem Zeitpunkt der Post-Messung, $F(1,67) = 0.0$; n.s.. Das heißt, dass kein Interaktionseffekt gefunden werden konnte.

6.2.2.2.5 Auswirkungen auf die Partnerschaft

Um die Auswirkungen des Elternratgebers auf die Partnerschaft zu überprüfen, wurden Varianzanalysen für den „Fragebogen zur Beurteilung einer Zweierbeziehung“ (FBZ-K) und für die Skala „Konstruktive Kommunikation“ des „Fragebogens zur partnerschaftlichen Kommunikation“ (FPK-KK) berechnet (s. Tabelle 9). Bezüglich der Zufriedenheit in der Partnerschaft konnte für die Mütter zwischen den beiden Messzeitpunkten kein Unterschied gefunden werden. Sowohl die Experimental- als auch die Kontrollgruppe gaben zum Zeitpunkt der Post-Messung eine ähnliche Zufriedenheit an wie zum Zeitpunkt der Prä-Messung, $F(1,57) = .82$; n.s..

Die Varianzanalyse der Skala „Konstruktive Kommunikation“ konnte einen signifikanten Interaktionseffekt zeigen. Die Mütter der Experimentalgruppe gaben zum Zeitpunkt der Post-Messung einen etwas höheren Wert an als zum Zeitpunkt der Prä-Messung, während der Wert der Mütter der Kontrollgruppe deutlich abnahm, $F(1,57) = 5.5$; $p < .05$.

Tabelle 9: Mittlere Rohwerte partnerschaftlicher Fragebögen der Mütter

	Experimentalgruppe (N=30)		Kontrollgruppe (N=29)		F
	Prä	Post	Prä	Post	
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	
FBZ-K					
Gesamtwert	3.5 (0.7)	3.6 (0.7)	3.4 (0.7)	3.3 (0.7)	0.8
FPK-KK					
Gesamtwert	9.3 (11.3)	10.5 (12.5)	6.9 (10.2)	3.6 (10.2)	5.5*

Anmerkungen: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

* $p < .05$

6.2.2.2.6 Zusammenhang zwischen der Rate kindlicher Verhaltensauffälligkeiten und der Lebenszufriedenheit

Um den Zusammenhang zwischen der Lebenszufriedenheit der Mütter und der Rate kindlicher Verhaltensauffälligkeiten zu erhalten, wurden Korrelationen sowohl zwischen dem „Fragebogen zur Lebenszufriedenheit“ und dem Gesamtwert der CBCL als auch zwischen dem „Fragebogen zur Lebenszufriedenheit“ und dem Gesamtwert des SDQ berechnet (s. Tabelle 10). Sowohl zu dem Zeitpunkt der Prä-Messung ($r = -.29$; $p < .05$) als auch zum Zeitpunkt der Post-Messung ($r = -.25$; $p < .05$) ergaben sich signifikante negative Korrelationen zwischen dem Gesamtwert des SDQ und dem Gesamtwert des FLZ. Auch die Korrelationen zwischen dem Gesamtwert des FLZ und dem Gesamtwert der CBCL waren sowohl bei der Prä-Messung ($r = -.42$; $p < .01$) als auch bei der Post-Messung ($r = -.45$; $p < .01$) signifikant. Die Mütter gaben also zu beiden Zeitpunkten eine höhere Lebenszufriedenheit an, je geringer die kindlichen Verhaltensauffälligkeiten waren.

Tabelle 10: Korrelationen der Lebenszufriedenheit der Mütter mit den Verhaltensauffälligkeiten der Kinder (nach Pearson)

		FLZ	
		Gesamtwert Prä	Gesamtwert Post
CBCL	N		
Gesamtwert Prä	62	-.42**	
Gesamtwert Post	69		-.45**
SDQ			
Gesamtwert Prä	69	-.29*	
Gesamtwert Post	69		-.25*

* $p < .05$; ** $p < .01$ (zweiseitig)

6.2.2.2.7 Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme der Telefonkontakte und der Rate kindlicher Verhaltensauffälligkeiten

Um die Hypothese zu überprüfen, dass die Anzahl der wahrgenommenen Telefonkontakte einen Einfluss auf die Rate kindlicher Verhaltensauffälligkeiten hat, wurden Korrelationen zwischen der Anzahl der Telefonkontakte und dem Gesamtwert des CBCL sowie zwischen der Anzahl wahrgenommener Telefonaten und dem Gesamtwert des SDQ zum Zeitpunkt der Post-Messung berechnet (s. Tabelle 11). Die Mütter beurteilten ihre Kinder als tendenziell weniger auffällig, wenn sie eine größere Anzahl Telefonkontakte in Anspruch nahmen. Dieser Zusammenhang war jedoch weder mit dem Gesamtwert der CBCL ($r = -.17$; n.s.) noch mit dem Gesamtwert des SDQ ($r = -.21$; n.s.) statistisch signifikant.

Tabelle 11: Korrelationen der Anzahl der wahrgenommenen Telefonkontakte der Mütter mit der Rate kindlicher Verhaltensauffälligkeiten (nach Pearson)

		Anzahl wahrgenommener Telefonkontakte
CBCL	N	
Gesamtwert Post	69	-.17
SDQ		
Gesamtwert Post	69	-.21

6.2.2.2.8 Zusammenhang zwischen Inanspruchnahme der Telefonkontakte und elterlichem Erziehungsverhalten

Auch zwischen der Inanspruchnahme der Telefonkontakte und den Werten des FZEV und des EFB zum Zeitpunkt der Post-Messung wurden Korrelationen berechnet (s. Tabelle 12). Damit wurde die Hypothese überprüft, ob es einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der wahrgenommenen Telefonate und dem elterlichen Erziehungsverhalten gibt. Die Mütter gaben nach der Intervention weniger negatives Erziehungsverhalten (EFB) an, wenn sie eine größere Anzahl Telefonkontakte in Anspruch nahmen ($r = -.24$; $p < .05$). Zwischen positivem Erziehungsverhalten (FZEV) und der Anzahl der Telefonkontakte gab es keinen signifikanten Zusammenhang ($r = .03$; n.s.).

Tabelle 12: Korrelationen der Anzahl der wahrgenommenen Telefonkontakte der Mütter mit dem elterlichen Erziehungsverhalten (nach Pearson)

		Anzahl wahrgenommener Telefonkontakte
EFB	N	
Gesamtwert Post	67	-.24*
FZEV		
Gesamtwert Post	68	.03

* $p < .05$ (zweiseitig)

6.2.2.2.9 Zusammenhang zwischen kindlichen Verhaltensauffälligkeiten und elterlichem Erziehungsverhalten

Um die Hypothese zu überprüfen, ob es einen Zusammenhang zwischen den kindlichen Verhaltensauffälligkeiten und dem elterlichen Erziehungsverhalten gibt, wurden Korrelationen jeweils zwischen den Gesamtwerten des SDQ und des CBCL mit den Gesamtwerten des EFB und des FZEV zum Zeitpunkt der Prä- und der Post-Messung berechnet (s. Tabelle 13). Das dysfunktionale Erziehungsverhalten der Mütter (gemessen mit dem EFB) korreliert zum Zeitpunkt der Prä-Messung positiv mit den Verhaltensauffälligkeiten der Kinder sowohl gemessen durch den Gesamtwert der CBCL ($r = .46$; $p < .01$) als auch durch den Gesamtwert des SDQ ($r = .47$; $p < .01$). Zwischen dem günstigen Erziehungsverhalten (gemessen mit dem FZEV) und den Verhaltensauffälligkeiten der Kinder besteht bei der Prä-Messung ein signifikanter negativer Zusammenhang. Die Mütter gaben sowohl in der CBCL ($r = -.27$; $p < .05$) als auch im SDQ ($r = -.42$, $p < .01$) weniger Auffälligkeiten an, je günstiger sie ihr Erziehungsverhalten im FZEV beschrieben.

Auch zum Zeitpunkt der Post-Messung findet sich ein positiver Zusammenhang sowohl zwischen dem Gesamtwert des EFB und dem Gesamtwert der CBCL ($r = .37$; $p < .01$) als auch zwischen dem EFB und dem SDQ ($r = .46$; $p < .01$). Je ungünstiger die Mütter ihr Erziehungsverhalten beurteilten, desto mehr kindliche Verhaltensauffälligkeiten beschrieben sie. Zwischen dem Gesamtwert des FZEV und CBCL ($r = -.27$; $p < .05$) und zwischen FZEV und dem SDQ ($r = -.37$; $p < .01$) besteht zum Zeitpunkt der Post-Messung ein negativer Zusammenhang. Je günstiger die Mütter ihr Erziehungsverhalten einschätzten, desto weniger Verhaltensauffälligkeiten gaben sie auch zum Post-Zeitpunkt an.

Tabelle 13: Korrelationen des Erziehungsverhaltens der Mütter mit den Verhaltensauffälligkeiten (nach Pearson)

		EFB		FZEV	
		Gesamtwert	Gesamtwert	Gesamtwert	Gesamtwert
		Prä	Post	Prä	Post
CBCL	N				
Gesamtwert Prä	64	.46**		-.27*	
Gesamtwert Post	69		.37**		-.27*
SDQ					
Gesamtwert Prä	67	.47**		-.42**	
Gesamtwert Post	69		.46**		-.37*

* p <.05; ** p <.01 (zweiseitig)

6.3 Väter

6.3.1 Wirksamkeit des Elternratgebers

6.3.1.1 Multivariate Analysen

Zur Überprüfung der Wirksamkeit der Bibliotherapie zum Post-Zeitpunkt wurde auch für die Väter in einem ersten Schritt über die abhängigen Variablen (CBCL, SDQ, FZEV, EFB, ADS und FLZ) eine multivariate, zweifaktorielle (2 x 2) Varianzanalyse mit den Faktoren Gruppe (EG, KG) und Messzeitpunkt (prä, post) berechnet. Es zeigte sich für die Väter ein signifikantes Ergebnis für den Faktor Zeit, $F(15, 18) = 3.1$; $p < .05$. Für den Faktor Gruppe, $F(15, 18) = 1.1$; $p = .39$, und die Interaktion der Faktoren Gruppe x Zeit, $F(15, 18) = 1.2$; $p = .50$, konnte kein signifikantes Ergebnis gefunden werden.

Für die abhängigen Variablen FBZ-K und FPK-KK wurde eine getrennte 2x2 MANOVA gerechnet, um die Stichprobengröße für die erste MANOVA nicht zu reduzieren. Bei den Vätern ergaben sich für die Interaktion Gruppe x Zeit, $F(2, 31) = 0.7$; $p = .53$, und für den Haupteffekt Zeit, $F(2, 31) = 2.3$; $p = .11$, keine signifikanten Ergebnisse, nur der Faktor Gruppe, $F(2, 31) = 3.8$, $p < .05$, wurde signifikant.

6.3.1.2 Univariate Analysen

6.3.1.2.1 *Elterliches Erziehungsverhalten*

EFB

Um die Hypothese zu überprüfen, dass sich das ungünstige Erziehungsverhalten in der Experimentalgruppe reduziert, wurden über die Skalen des EFB Varianzanalysen für abhängige Stichproben durchgeführt (s. Tabelle 4 in Anhang A). Für die Einschätzung des ungünstigen Erziehungsverhaltens der Väter zeigte sich für den Gesamtwert eine Tendenz in die erwartete Richtung (s. Abb. 6). Nach der Teilnahme an dem Programm gaben die Väter der Experimentalgruppe tendenziell weniger ungünstiges Erziehungsverhalten an, während sich die Einschätzung der Väter der Kontrollgruppe hingegen gar nicht veränderte, $F(1,41) = 2.9$; n.s.. Dieser Unterschied wurde jedoch nicht signifikant. Nur für die Skala „Weitschweifigkeit“ konnte in der Stichprobe der Väter ein signifikanter Interaktionseffekt gefunden werden.

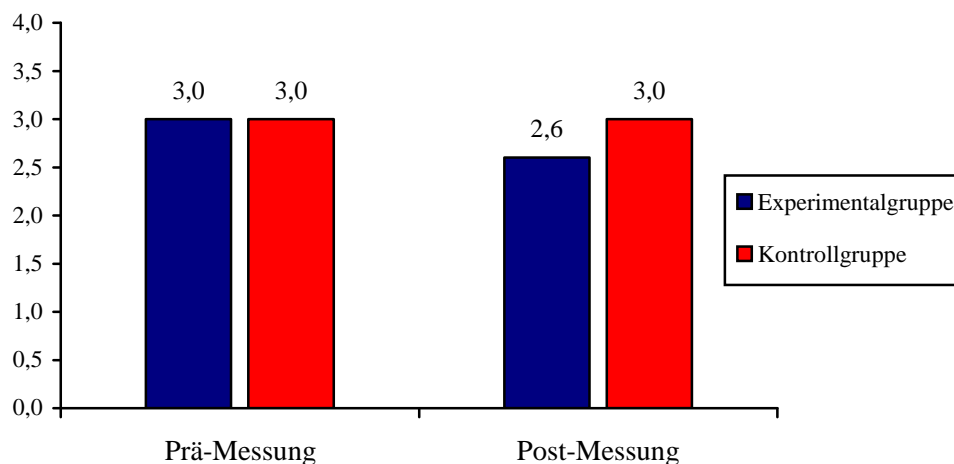


Abbildung 4: Mittelwerte des ungünstigen Erziehungsverhaltens (EFB) der Väter

FZEV

Bei der Berechnung der Varianzanalyse des FZEV der Väter ergaben sich keine signifikanten Gruppen- oder Interaktionseffekte (s. Tabelle 4 in Anhang A). Die Väter beider Gruppen schätzten ihr günstiges Erziehungsverhalten zu beiden Messzeitpunkten ähnlich ein, $F(1,41) = 0.9$; n.s..

6.3.1.2.2 Kindliche Verhaltensauffälligkeiten

CBCL

Auch für die Väter wurden Varianzanalysen des CBCL berechnet, um Unterschiede in dem Erziehungsverhalten zwischen Experimental- und Kontrollgruppe zu überprüfen. In beiden Gruppen beschrieben die Väter ihre Kinder im Mittel als nicht auffällig. Zunächst wurde eine Varianzanalyse über den Gesamtwert des CBCL gerechnet (s. Tabelle 14). Dabei wurde zwar ein signifikanter Haupteffekt über die Zeit, jedoch kein signifikanter Interaktionseffekt über die Gruppe gefunden. Die Väter beider Gruppen schätzten die Auffälligkeiten insgesamt bei der Post-Messung als geringer ein als bei der Prä-Messung. Dabei zeigte sich ein stärkerer Effekt in der Experimentalgruppe, der jedoch nicht signifikant war, $F(1,41) = 1.1$; n.s..

Des Weiteren wurde ebenfalls für die Väter eine Varianzanalyse für abhängige Stichproben bezüglich der Skala „Externales Verhalten“ der CBCL berechnet (s. Tabelle 14). Die Varianzanalyse zeigte, dass sich für die externalisierenden Verhaltensweisen ein signifikanter Interaktionseffekt nachweisen lässt. Während die Väter der Kontrollgruppe nur eine kleine Änderung externalisierender Verhaltensweisen berichteten, gaben die Väter der Experimentalgruppe eine deutliche Reduktion externalisierenden Verhaltens an, $F(1,41) = 3.4$; $p < .05$.

Um Veränderungen im Bereich des internalisierenden Verhaltens feststellen zu können, wurde eine Varianzanalyse für abhängige Stichproben für die Skala „Internalisierendes Verhalten“ der CBCL durchgeführt (s. Tabelle 14). In beiden Gruppen reduzierten sich von der Prä- zur Post-Messung die internal auffälligen Verhaltensweisen. Es ließen sich also keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen zeigen, $F(1,41) = 0.0$; n.s..

Tabelle 14: Mittlere Rohwerte kindlicher Verhaltensauffälligkeiten der Väter (CBCL)

	Experimentalgruppe (N=24)		Kontrollgruppe (N=19)		F
	Prä	Post	Prä	Post	
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	
CBCL					
Gesamtwert	28.8 (14.8)	18.1 (10.4)	34.7 (19.8)	27.9 (19.5)	1.1
External	13.6 (7.6)	8.4 (5.7)	14.1 (7.8)	11.9 (8.2)	3.4*
Internal	7.6 (5.5)	5.5 (5.0)	10.5 (8.8)	8.5 (8.8)	0.0

Anmerkungen: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

* $p < .05$

SDQ

Auch für die Skalen des SDQ wurden in der Stichprobe der Väter Varianzanalysen berechnet (s. Tabelle 15). Dabei zeigte sich beim Gesamtwert eine Tendenz in die erwartete Richtung, d.h. dass die Väter der Experimentalgruppe zum Zeitpunkt der Post-Messung etwas geringere Werte angaben als die Väter der Kontrollgruppe. Dieser Unterschied war jedoch nicht signifikant, $F(1,41) = 0.7$; n.s.. Auch für die Skalen „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“, „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“, „Prosoziales Verhalten“ und „Emotionale Probleme“ konnten keine signifikanten Interaktionseffekte gefunden werden.

Tabelle 15: Mittlere Rohwerte kindlicher Verhaltensauffälligkeiten der Väter (SDQ)

	Experimentalgruppe (N=24)		Kontrollgruppe (N=19)		F
	Prä	Post	Prä	Post	
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	
SDQ					
Gesamtwert	8.4 (4.6)	6.1 (4.0)	9.5 (5.5)	8.2 (5.5)	0.7
Skala Verhaltensprobleme	2.3 (1.5)	1.6 (1.0)	2.7 (1.2)	2.3 (1.8)	0.3
Skala Hyperaktivität	3.5 (2.7)	2.4 (2.3)	3.6 (2.8)	3.4 (2.8)	1.7
Skala Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	1.1 (1.1)	0.8 (0.9)	1.2 (1.6)	1.1 (1.0)	0.1
Skala Prosoziales Verhalten	7.6 (1.5)	7.7 (1.4)	7.1 (1.7)	7.1 (1.6)	0.1
Skala Emotionale Probleme	1.6 (1.6)	1.3 (1.6)	2.0 (1.8)	1.5 (1.4)	0.5

Anmerkungen: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

6.3.1.2.3 Auswirkungen auf die Lebenszufriedenheit

Auch für die Gruppe der Väter wurde eine Varianzanalyse für die Gesamtskala des „Fragebogens zur Lebenszufriedenheit“ berechnet, um feststellen zu können, ob sich die Durchführung des Elternratgebers auf die allgemeine Lebenszufriedenheit der Eltern auswirkt (s. Tabelle 5 in Anhang A). Die Varianzanalyse zeigte keine signifikanten Unterschiede zwischen der Experimental- und der Kontrollgruppe, $F(1,40) = .0$; n.s.. Sowohl die Väter der Experimental- als auch die Väter der Kontrollgruppe gaben zum Zeitpunkt der Prä-Messung einen in der Tendenz geringeren Wert an als zum Zeitpunkt der Post-Messung. Dieser Unterschied wurde jedoch ebenfalls nicht signifikant.

6.3.1.2.4 Auswirkungen auf die psychische Befindlichkeit

Um die Hypothese zu überprüfen, dass sich das Bearbeiten des Elternratgebers auf die psychische Befindlichkeit der Väter auswirkt, wurde eine Varianzanalyse für die Gesamtskala der ADS berechnet (s. Tabelle 5 in Anhang A). Dabei zeigte sich für die Väter ebenso wie für die Mütter kein signifikanter Interaktionseffekt bezüglich der depressiven Symptomatik zwischen dem Zeitpunkt der Prä- und dem Zeitpunkt der Post-Messung, $F(1,40) = .27$; n.s..

6.3.1.2.5 Auswirkungen auf die Partnerschaft

Für die Gruppe der Väter wurden Varianzanalysen für den „Fragebogen zur Beurteilung einer Zweierbeziehung“ (FBZ-K) und für die Skala „Konstruktive Kommunikation“ des „Fragebogens zur partnerschaftlichen Kommunikation“ (FPK-KK) berechnet (s. Tabelle 16), um die Auswirkungen des Elternratgebers auf die Partnerschaft zu überprüfen. Bezüglich der Zufriedenheit in der Partnerschaft konnte für die Väter zwischen den Gruppen kein Unterschied gefunden werden. Väter beider Gruppen gaben zum Zeitpunkt der Post-Messung eine ähnliche Zufriedenheit an wie zum Zeitpunkt der Prä-Messung $F(1,40) = .45$; n.s..

Die Varianzanalyse der Skala „Konstruktive Kommunikation“ konnte ebenfalls keinen signifikanten Interaktionseffekt zeigen. Zum Zeitpunkt der Post-Messung gaben die Väter beider Gruppen einen vergleichbaren Wert wie zu Beginn an, $F(1,40) = 0.1$; n.s..

Tabelle 16: Mittlere Rohwerte partnerschaftlicher Fragebögen der Väter

	Experimentalgruppe (N=23)		Kontrollgruppe (N=19)		F
	Prä	Post	Prä	Post	
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	
FBZ-K					
Gesamtwert	3.4 (1.0)	3.5 (0.7)	3.1 (0.7)	3.3 (0.8)	0.5
FPK-KK					
Gesamtwert	4.7 (12.8)	4.9 (10.7)	6.9 (13.0)	6.7 (9.4)	0.1

Anmerkungen: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

6.3.1.2.6 Zusammenhang zwischen der Rate kindlicher Verhaltensauffälligkeiten und der Lebenszufriedenheit der Väter

Um die Hypothese zu überprüfen, dass es einen Zusammenhang zwischen der Lebenszufriedenheit der Väter und der Rate kindlicher Verhaltensauffälligkeiten gibt, wurden Korrelationen sowohl zwischen dem „Fragebogen zur Lebenszufriedenheit“ und dem Gesamtwert der CBCL als auch zwischen dem „Fragebogen der Lebenszufriedenheit“ und dem Gesamtwert des SDQ berechnet (s. Tabelle 17). Sowohl zum Zeitpunkt der Prä-Messung ($r = -.34$; $p < .05$) als auch zum Zeitpunkt der Post-Messung ($r = -.43$; $p < .01$) ergaben sich signifikante negative Korrelationen zwischen dem Gesamtwert des SDQ und dem Gesamtwert des FLZ. Auch die Korrelationen zwischen dem Gesamtwert des FLZ und dem Gesamtwert der CBCL waren sowohl bei der Prä-Messung ($r = -.51$; $p < .01$) als auch bei der Post-Messung ($r = -.47$; $p < .01$) signifikant. Je geringer die kindlichen Verhaltensauffälligkeiten, desto höher schätzten die Väter ihre Lebenszufriedenheit ein.

Tabelle 17: Korrelationen der Lebenszufriedenheit der Väter mit der Rate kindlicher Verhaltensauffälligkeiten (nach Pearson)

		FLZ	
		Gesamtwert Prä	Gesamtwert Post
CBCL	N		
Gesamtwert Prä	42	-.51**	
Gesamtwert Post	55		-.47**
SDQ			
Gesamtwert Prä	42	-.34*	
Gesamtwert Post	55		-.43**

* $p < .05$; ** $p < .01$ (zweiseitig)

6.3.1.2.7 Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme der Telefonkontakte und kindlichen Verhaltensauffälligkeiten

Für die Väter wurde ebenfalls überprüft, ob die Anzahl der wahrgenommenen Telefonkontakte einen Einfluss auf die kindlichen Verhaltensauffälligkeiten hat. Dafür wurden Korrelationen zwischen der Anzahl der Telefonkontakte und dem Gesamtwert des CBCL sowie des SDQ zum Zeitpunkt der Post-Messung und der Anzahl wahrgenommener Telefonate berechnet (s. Tabelle 18). Dabei zeigte sich für die Väter in beiden Fällen zwar eine negative Korrelation, diese wurde jedoch weder mit dem Gesamtwert der CBCL ($r = -.15$; n.s.) noch mit dem Gesamtwert des SDQ ($r = -.06$; n.s.) signifikant.

Tabelle 18: Korrelationen der Anzahl der wahrgenommenen Telefonkontakte der Väter mit den Verhaltensauffälligkeiten (nach Pearson)

		Anzahl wahrgenommener Telefonkontakte
CBCL	N	
Gesamtwert Post	57	-.15
SDQ		
Gesamtwert Post	57	-.06

6.3.1.2.8 Zusammenhang zwischen Inanspruchnahme der Telefonkontakte und elterlichem Erziehungsverhalten

Auch für die Väter wurden Korrelationen zwischen der Inanspruchnahme der Telefonkontakte und den Werten des FZEV und des EFB zum Zeitpunkt der Post-Messung berechnet (s. Tabelle 19). Damit wurde die Hypothese überprüft, ob es einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der wahrgenommenen Telefonate und dem elterlichen Erziehungsverhalten gibt. Die Väter gaben zum Zeitpunkt der Post-Messung tendenziell günstigeres Erziehungsverhalten an, je mehr Telefonkontakte in Anspruch worden sind. Dieser Zusammenhang wurde jedoch nicht signifikant ($r = .11$; n.s.) . Zwischen der Anzahl der Telefonkontakte und dem ungünstigen Erziehungsverhalten konnte zum Zeitpunkt der Post-Messung ebenfalls kein signifikanter Zusammenhang ($r = -.07$; n.s.) gefunden werden.

Tabelle 19: Korrelationen der Anzahl der wahrgenommenen Telefonkontakte der Väter mit dem elterlichen Erziehungsverhalten (nach Pearson)

		Anzahl wahrgenommener Telefonkontakte
EFB	N	
Gesamtwert Post	57	-.07
FZEV		
Gesamtwert Post	57	.11

6.3.1.2.9 Zusammenhang zwischen der Rate kindlicher Verhaltensauffälligkeiten und elterlichem Erziehungsverhalten

Um für die Väter die Hypothese zu überprüfen, dass es einen Zusammenhang zwischen den kindlichen Verhaltensauffälligkeiten und väterlichem Erziehungsverhalten gibt, wurden ebenfalls jeweils Korrelationen zwischen den Gesamtwerten des SDQ und des CBCL und den Gesamtwerten des EFB und des FZEV zum Zeitpunkt der Prä- und der Post-Messung berechnet (s. Tabelle 20). Zum Zeitpunkt der Prä-Messung konnten positive Zusammenhänge zwischen ungünstigem Erziehungsverhalten der Väter und der Rate kindlicher Verhaltensauffälligkeiten gefunden werden. Diese waren jedoch weder zwischen dem Gesamtwert des EFB und dem Gesamtwert der CBCL ($r = .25$; n.s.) noch zwischen dem Gesamtwert des EFB und dem Gesamtwert des SDQ ($r = .24$; n.s.) signifikant. Zwischen günstigem Erziehungsverhalten der Väter und den kindlichen Verhaltensauffälligkeiten gab es zum Zeitpunkt der Prä-Messung einen negativen Zusammenhang. Zwischen dem Gesamtwert des FZEV und dem Gesamtwert der CBCL wurde die Korrelation signifikant ($r = -.41$; $p < .01$), während die Korrelation zwischen dem Gesamtwert des FZEV und dem Gesamtwert des SDQ nicht signifikant wurde ($r = -.26$; n.s.).

Auch zum Zeitpunkt der Post-Messung gibt es sowohl einen positiven Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert des EFB und dem Gesamtwert des SDQ ($r = .40$; $p < .01$) als auch zwischen dem Gesamtwert des EFB und dem Gesamtwert der CBCL ($r = .36$; $p < .01$). Die Väter gaben mehr Verhaltensauffälligkeiten an, je ungünstiger sie ihr Erziehungsverhalten einschätzten. Zwischen dem Gesamtwert des FZEV und dem Gesamtwert des SDQ ($r = -.33$; $p < .05$) zum Zeitpunkt der Post-Messung sowie mit dem Gesamtwert der CBCL ($r = -.36$; $p < .01$) konnte ein negativer Zusammenhang gefunden werden. Je günstiger die Väter ihr eigenes Erziehungsverhalten einschätzten, desto weniger Verhaltensauffälligkeiten schrieben sie ihren Kindern zu.

Tabelle 20: Korrelationen des Erziehungsverhaltens der Väter mit den Verhaltensauffälligkeiten (nach Pearson)

		EFB		FZEV	
		Gesamtwert	Gesamtwert	Gesamtwert	Gesamtwert
		Prä	Post	Prä	Post
CBCL	N				
Gesamtwert Prä	43	.25		-.41**	
Gesamtwert Post	57		.36**		-.36**
SDQ					
Gesamtwert Prä	43	.24		-.26	
Gesamtwert Post	57		.40**		-.33*

* p <.05; ** p <.01 (zweiseitig)

7 Diskussion

In der vorliegenden Untersuchung wurde die Wirksamkeit des „Triple P“ Elternratgebers untersucht. Die erwarteten Ergebnisse konnten weitgehend bestätigt werden. Im Folgenden werden die einzelnen Befunde diskutiert. Der erste Teil beinhaltet die Ergebnisse, die die Stichprobe der Mütter betreffen. Im zweiten Teil werden die Ergebnisse der Stichprobe der Väter diskutiert. Abschließend werden die Unterschiede zwischen Müttern und Vätern diskutiert; außerdem wird auf allgemeine Ergebnisse eingegangen.

7.1 Mütter

7.1.1 Anzahl auffälliger Kinder

In der vorliegenden Stichprobe war nach Einschätzung der Mütter etwas mehr als ein Drittel der Kinder auffällig, wenn man die amerikanischen Normen der CBCL zu Grunde legt. Das liegt oberhalb dessen, was sich in epidemiologischen Studien zu Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern abbildet. Diese berichten Verhaltensauffälligkeiten bei etwa 20 % der untersuchten Kindern (Anderson & Werry, 1994; Steinhausen et al., 1998). Bei der Berechnung der Anzahl der auffälligen Kinder muss berücksichtigt werden, dass es sich um amerikanische Normen handelt und diese möglicherweise nicht direkt auf eine deutsche Stichprobe übertragbar sind. Bisher existieren jedoch keine Normen für den deutschen Sprachraum, so dass keine anderen Normen der CBCL herangezogen werden können. Eine weitere Erklärung für die höhere Anzahl als auffällig eingeschätzter Kinder könnte sein, dass sich eher solche Eltern bereit erklären, an einem Erziehungsprogramm teilzunehmen, die sich Tipps oder Veränderungen für ihre Erziehung und die Verhaltensweisen ihrer Kinder erhoffen. Dieser Hypothese widerspricht der gefundene unauffällige Mittelwert. Das bedeutet, dass ein größerer Teil der Kinder unterdurchschnittlich viele Verhaltensauffälligkeiten aufweist oder einige besonders auffällige Kinder dabei sein müssten.

Für die Mütter der Kontrollgruppe zeigten sich weder in den kindlichen Verhaltensweisen noch in dem Erziehungsverhalten signifikante Veränderungen über die Zeit. Das bedeutet, dass es sich bei der Veränderung in der Experimentalgruppe nicht um einen Zeiteffekt, sondern wahrscheinlich um einen Interventionseffekt handelt. Mit diesem Ergebnis werden vorhergehende Befunde unterstützt, die die Wirksamkeit des Elternratgebers „Triple P“ in Australien nachweisen konnten (Connell et al., 1997; Sanders et al., 2000; Morawska & Sanders, 2006).

7.1.2 Wirksamkeit des Elternratgebers

7.1.2.1 Elterliches Erziehungsverhalten

Bezüglich des ungünstigen Erziehungsverhaltens konnte der vermutete Zusammenhang für die Stichprobe der Mütter in der vorliegenden Untersuchung festgestellt werden. Mütter, die den Elternratgeber gelesen hatten, schätzten ihr ungünstiges Erziehungsverhalten als reduziert ein, während das Ausmaß des ungünstigen Erziehungsverhaltens bei den Müttern der Kontrollgruppe gleich blieb. Dies unterstützt die Ergebnisse vorangegangener Untersuchungen, in denen der „Triple P“ Selbsthilfe-Ratgeber in unterschiedlichen Kontexten überprüft wurde (Connell et al., 1997; Markie-Dadds & Sanders, 2006; Sanders et al., 2000; Morawska & Sanders, 2006). Auch das Ausmaß der Effekte ist ähnlich denen in anderen Untersuchungen: Morawska und Sanders (2006) berichten zum Beispiel Intergruppen-Effektstärken zwischen 0.60 -0.70 für Erziehungsvariablen (erfasst mit dem Erziehungsfragebogen). In der vorliegenden Untersuchung ist die entsprechende Effektstärke für den Erziehungsfragebogen 1.0. Auch Connell et al. (1997) fanden Veränderungen bezüglich des berichteten Erziehungsverhaltens in der Experimentalgruppe, während das Erziehungsverhalten der Kontrollgruppe sich zum Zeitpunkt der Post-Messung nicht von dem der Prä-Messung unterschied. Auch für das günstige Erziehungsverhalten der Mütter zeigte sich der erwartete Effekt. Das günstige Erziehungsverhalten der Mütter, die die Intervention erhielten, verbesserte sich, während die Mütter der Kontrollgruppe ihr günstiges Erziehungsverhalten geringer einschätzten. Hinsichtlich der Erziehungsvariable findet sich also ein homogenes Ergebnis über verschiedene Studien, Stichproben und Länder mit der gleichen Intervention.

7.1.2.2 Kindliche Verhaltensweisen

In den vorliegenden Daten bestätigten sich bezüglich der Veränderung kindlicher Verhaltensweisen mit Hilfe von Selbsthilfematerialien größtenteils die Befunde von vorherigen Untersuchungen (z.B. Connell, Sanders & Markie-Dadds, 1997; Markie-Dadds & Sanders, 2006; Rapee, Abbott & Lyneham, 2006; Webster-Stratton, Kolpacoff & Hollinsworth, 1988). Mütter, die die Selbsthilfematerialien bearbeiteten, schätzten ihre Kinder insgesamt zum Zeitpunkt der Post-Messung als weniger auffällig ein. Das legt nahe, dass die Verwendung der in dem „Triple P“ Elternratgeber beschriebenen Strategien tatsächlich dazu führt, dass sich die Verhaltensauffälligkeiten reduzieren. Damit konnte ein weiterer Hinweis für die Effektivität des Elternratgebers gefunden werden. Dieser Effekt galt jedoch in unserer Untersuchung nicht für internale Verhaltensweisen, während andere bibliotherapeutische Programme eine Reduktion ängstlicher Verhaltensweisen finden konnten (Rapee, Abbott & Lyneham, 2006). Ob die „Triple P“ Strategien in Form des Elternratgebers auch für internal auffällige Verhaltensweisen wirksam sind, müsste in weitergehender Forschung untersucht werden. Es gilt ebenfalls zu bedenken, dass es sich sowohl bei dem hier erfassten elterlichen Erziehungsverhalten als auch bei den kindlichen Verhaltensauffälligkeiten um die berichteten Verhaltensweisen der Eltern handelt. In weitergehenden Untersuchungen sollten Verhaltensbeobachtungen durchgeführt werden, um die Effekte weiter objektivieren zu können.

7.1.2.3 Lebenszufriedenheit

Die Vermutung, dass die Erarbeitung günstigerer Erziehungsstrategien zu einer höheren Lebenszufriedenheit führt, konnte in der vorliegenden Untersuchung nicht nachgewiesen werden. Allerdings konnte eine Tendenz in die vermutete Richtung gefunden werden. Mütter, die den Elternratgeber durcharbeiteten, berichteten über eine tendenziell höhere Zufriedenheit als Mütter, die den Ratgeber nicht lasen. Es ist zu berücksichtigen, dass die berichtete Lebenszufriedenheit bereits zum Zeitpunkt der Prä-Messung als recht hoch einzuschätzen ist und daher möglicherweise ein Deckeneffekt vorhanden ist. Das bedeutet, dass der Effekt nicht signifikant wurde, da bereits zu Beginn sehr hohe Werte angegeben worden sind.

7.1.2.4 Psychische Belastung und Partnerschaft

Betrachtet man die Forschung zu Effekten der Bearbeitung von Elternratgebern auf die Partnerschaft und die psychische Belastung der Mütter finden sich heterogene Effekte. Während einige Autoren in ihren Untersuchungen positive Effekte eines Elternratgebers bezüglich der psychischen Belastung der Eltern und der Partnerschaft fanden (Connell et al., 1997; Danforth, Harvey, Ulaszek & McKee, 2006; Forehand et al., 1980), konnten Morawska und Sanders (2006) keine signifikanten Effekte zeigen. In der vorliegenden Studie fanden wir ebenfalls keine bedeutsamen Effekte hinsichtlich der psychischen Belastung und obwohl eine signifikante Verbesserung der konstruktiven, partnerschaftlichen Kommunikation aus Sicht der Mütter gezeigt werden konnte, blieb der erwartete Effekt auf die partnerschaftliche Zufriedenheit aus. Der beobachtete Effekt bei der Kommunikation der Eltern ist jedoch wahrscheinlich als klassischer Präventionseffekt anzusehen, da das Ausmaß der konstruktiven Kommunikation in der Experimentalgruppe im Prä-Post-Vergleich gleich blieb, wohingegen sie in der Kontrollgruppe deutlich sank. In weiterer Forschung sollte also geklärt werden, wie weit Elternratgeber tatsächlich auch einen Einfluss auf die Partnerschaft der Eltern und die Reduktion depressiver Symptome haben. Auf jeden Fall scheinen sie das Potenzial dafür zu besitzen, die Performanz hängt möglicherweise von anderen Variablen ab (z.B. den Initialwerten in den entsprechenden Fragebögen oder der Stichprobe der Kinder).

7.2 Väter

7.2.1 Wirksamkeit des Erziehungsratgebers

7.2.1.1 Elterliches Erziehungsverhalten

Für die Väter zeigten sich sowohl für das ungünstige als auch für das günstige Erziehungsverhalten keine signifikanten Unterschiede. Es gab lediglich eine Tendenz, dass die Väter das ungünstige Erziehungsverhalten nach der Intervention als geringer ausgeprägt einschätzten. Auch andere Autoren konnten bei den beteiligten Vätern keine signifikanten Veränderungen des Erziehungsverhaltens finden (z.B. Connell et al., 1997).

Eine mögliche Erklärung für dieses Ergebnis könnte sein, dass die Väter in unserer Untersuchung nach eigenen Angaben im Mittel nur die Hälfte der vorhandenen Kapitel des Ratgebers gelesen haben. Daher ist ein deutlicher Einfluss auf das Erziehungsverhalten der Väter möglicherweise nicht zu erwarten. Für eine Veränderung des eigenen Erziehungsverhaltens ist also nicht ausreichend, indirekt an einem bibliothераpeutischen Programm beteiligt zu sein.

7.2.1.2 Kindliche Verhaltensauffälligkeiten

In der Veränderungseinschätzung der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten zwischen Prä- und Post-Messung ergaben sich für die Väter nur bezüglich der Skala „Externales Verhalten“ der CBCL signifikante Ergebnisse. In anderen Studien fanden sich bei der Untersuchung von Veränderungsmessungen, die durch die Väter eingeschätzt wurden, uneinheitliche Ergebnisse. Einerseits konnten für die Väter ebenfalls Effekte auf die kindlichen Verhaltensauffälligkeiten festgestellt werden; beispielsweise fanden Connell et al. (1997) ebenfalls Veränderungen in der Einschätzung kindlicher Verhaltensauffälligkeiten. Auch Webster-Stratton et al. (1988) konnten diese Befunde bestätigen, während in anderen Studien keine Veränderungen der väterlichen Einschätzung nachgewiesen werden konnten (Morawska & Sanders, 2006). Eine mögliche Erklärung für die wahrgenommene Veränderung der Skala „Externes Verhalten“ in der vorliegenden Untersuchung könnte sein, dass die Kinder tatsächlich eine deutliche Reduktion externer Verhaltensauffälligkeiten zeigten, die die Väter als Beobachter wahrnehmen konnten, obwohl sie den Elternratgeber laut eigener Angaben nur zu einem kleineren Teil durchgearbeitet und ihr eigenes Erziehungsverhalten nicht grundlegend verändert hatten. Die Väter nahmen somit eventuell den Effekt des Elternratgebers, den die Mütter der Kinder bearbeitet hatten, als Beobachter wahr. Bezüglich der internalen Verhaltensweisen konnten keine signifikanten Veränderungen für die Väter gezeigt werden. Da auch bei den Müttern keine Veränderung in der Einschätzung internaler Verhaltensauffälligkeiten gezeigt werden konnte, stimmen diese wahrgenommenen Veränderungen kindlicher Verhaltensweisen zwischen Müttern und Vätern überein. Dass für den Gesamtwert der Verhaltensauffälligkeiten kein signifikanter Unterschied zwischen Experimental- und Kontrollgruppe gezeigt werden konnte, liegt möglicherweise daran, dass die Väter beider Gruppen eine positive Veränderung wahrgenommen haben und nicht daran, dass es in der Experimentalgruppe keine Veränderung gab. Das heißt, dass die Väter (im Gegensatz zu den Müttern) im Verlauf von drei Monaten eine positive Veränderung der Verhaltensweisen über die Zeit wahrgenommen haben und damit kein Interaktionseffekt nachgewiesen werden konnte. Insgesamt stützt dieses Ergebnis die Wirksamkeit des Elternratgebers Triple P, da das veränderte Erziehungsverhalten der Mütter anscheinend einen Effekt auf das externe Verhalten der Kinder zeigt, welcher von den Vätern wahrgenommen wurde.

7.2.1.3 Lebenszufriedenheit

Für die Untersuchung der Lebenszufriedenheit gilt für die Väter das gleiche wie für die Mütter: Es konnte keine veränderte Wahrnehmung der Lebenszufriedenheit zwischen Experimental- und Kontrollgruppe festgestellt werden. Das heißt, dass sich die Bearbeitung des Elternratgebers anscheinend nicht auf die empfundene Lebenszufriedenheit auswirkt. Auch für die Väter gilt, dass die Lebenszufriedenheit bereits zum Zeitpunkt der Prä-Messung recht hoch war, so dass davon ausgegangen werden kann, dass ein Deckeneffekt vorliegt.

7.2.1.4 Psychische Belastung und Partnerschaft

Wie für die Mütter zeigten sich auch für die Väter keine signifikante Reduktion depressiver Symptome. Dies hängt möglicherweise wiederum mit den bereits zu Beginn der Untersuchung unauffälligen depressiven Symptomen der Stichprobe zusammen (Bodeneffekt). Daher bleibt die Wirkung des Elternratgebers auf die psychische Befindlichkeit unklar. Möglicherweise ist dieser Zusammenhang nicht nachzuweisen; auch andere Untersuchungen konnten keinen Zusammenhang zwischen der Durchführung eines Elternratgebers und der psychischen Belastung der Eltern nachweisen (Markie-Dadds & Sanders, 2006).

Anders als bei den Müttern konnte bei der Stichprobe der Väter kein Effekt auf die partnerschaftliche Kommunikation in der Experimentalgruppe nachgewiesen werden. Diese bewerteten ihre Kommunikation nach der Durchführung des Elternratgebers genau wie die Väter der Kontrollgruppe ähnlich gut wie zu Beginn.

Bezüglich der Zufriedenheit in der Partnerschaft konnte in der vorliegenden Studie auch für die Väter kein bedeutsames Ergebnis nachgewiesen werden. Andere Autoren konnten jedoch positive Einflüsse auf die Partnerschaft der Eltern nachweisen (Connell et al., 1997; Forehand, 1980). Es bleibt also unklar, welche Effekte die Durchführung eines Elternratgebers auf die Partnerschaft der Eltern hat, und es bedarf weiterer langfristigerer Forschung, um zu eindeutigeren Ergebnissen zu kommen.

7.3 Unterschiede zwischen Müttern und Vätern

Ein wichtiger Befund dieser Studie sind die zu beobachtenden differenziellen Effekte bei Müttern und Vätern: Im Gegensatz zu den Müttern ergaben sich keine Hinweise auf bedeutsame Veränderungen im kindlichen Verhalten oder im eigenen Erziehungsverhalten aus Sicht der Väter. In vorangegangenen Untersuchungen wurden teilweise die Väter nicht mit untersucht, sondern die Veränderungsmessungen wurden auf die teilnehmenden Eltern beschränkt, welches zu einem überwiegenden Teil die Mütter waren (z.B. Sloane, Endo, Hawkes & Jenson, 1990). Connell et al. (1997) konnten auch für die Väter signifikante Effekte bezüglich kindlichen Verhaltens nachweisen, nicht aber für das väterliche Erziehungsverhalten. Dagegen fanden Morawska und Sanders (2006) keine signifikanten Effekte bei den Vätern.

In der vorliegenden Untersuchung berichten Väter in beiden Gruppen von deutlich positiven Veränderungen bei sich selbst und bei ihren Kindern. Das nicht-signifikante Ergebnis der Väter ist also nicht darauf zurück zu führen, dass die Teilnahme in der Experimentalgruppe nicht zu einer positiven Veränderung führte (wie man annehmen könnte, gerade weil Väter nur sehr bedingt an dem Durcharbeiten des Buches und den Telefonkontakten beteiligt waren), sondern dass die Väter der Kontrollgruppe ebenfalls Verbesserungen wahrnehmen. Die Diskrepanz zwischen den Eltern entsteht also in der Kontrollgruppe, nicht in der Experimentalgruppe. Andere Autoren haben bereits versucht, diese Diskrepanzen zu erklären. Connell und Kollegen (1997) äußerten beispielsweise die Vermutung, dass die Väter zum großen Teil Vollzeit berufstätig sind und Veränderungen in kindlichen Verhaltensweisen schlechter beurteilen können, da sie weniger Zeit mit den Kindern verbringen. Gegen diese Hypothese spricht jedoch, dass sich die Prä-Werte von Müttern und Vätern entgegen den Ergebnissen anderer Untersuchungen (z.B. Connell et al., 1997) in den vorliegenden Daten nicht unterschieden. Die meisten anderen Hypothesen zur Erklärung dieses Effekts sind für die vorliegende Untersuchung ebenfalls hinfällig, weil sie sich zumeist darauf konzentrieren, eine nicht eingetretene, aber erwartete Verbesserung in der Experimentalgruppe zu erklären. So wurde bei Interventionen mit minimalem therapeutischen Kontakt (wie hier mit Telefonkontakten) immer wieder zu bedenken gegeben, dass überwiegend Mütter die Telefonate führen und daher der Effekt bei den Vätern nur in abgeschwächter Form zu finden sein dürfte. Möglicherweise hat auch die Erwartung der Familien der Kontrollgruppe auf eine baldige Intervention einen Einfluss auf das Antwortverhalten bei der zweiten Messung gehabt. Dieser mögliche Einfluss könnte eine

Erklärung für die Wahrnehmung der Väter sein, dass sich das Verhalten der Kinder bereits verändert hat. Während die Mütter die Intervention erwarteten und sich möglicherweise eine Unterstützung noch erhofften, könnten die Väter dem Effekt der Regression zur Mitte unterlegen haben. Es bleibt also unklar, warum auch Väter in der Kontrollgruppe von deutlichen Verbesserungen berichten, die die Mütter der Kontrollgruppe nicht erleben. Möglicherweise deutet dies auf einen differenziellen Effekt der wiederholten Messung bei Eltern hin. Festzuhalten bleibt, dass Eltern sich in ihren Berichten über die Wirksamkeit einer Intervention unterscheiden und dass es sich hier nicht um einen einzelnen Befund handelt. Es bleibt also in zukünftiger Forschung zu klären, worin diese Unterschiede bestehen und ob eventuell spezifische Maßnahmen für Väter sinnvoll sind. Fabiano (2006) untersuchte beispielsweise gezielt eine Gruppe von Vätern mit zwei unterschiedlichen Formaten von Elterntrainings und fand sowohl für die „klassische“ Variante als auch für eine Abwandlung, in die spezielle sportliche Aktivitäten eingebettet waren, positive Effekte auf kindliche Verhaltensauffälligkeiten.

7.4 Wirkung des therapeutischen Kontakts

Die Wirkung des therapeutischen Kontakts wurde bereits in verschiedenen Bereichen untersucht. Bisher lassen sich keine einheitlichen Ergebnisse finden. Während einige Untersuchungen zeigen konnten, dass regelmäßige Telefonkontakte die Effektivität unterschiedlicher Interventionen deutlich erhöhen (Curry et al., 1995; Febbraro, 2005; Zhu et al., 1996), fanden andere Studien keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen mit oder ohne therapeutischen Kontakt (Carter & Fairburn, 1998; Gould & Clum, 1993; Marrs, 1995). Möglicherweise spielt der störungsspezifische Bereich, in dem bibliotherapeutische Maßnahmen eingesetzt werden, eine Rolle (Newman et al., 2003). Bei der neusten Untersuchung des „Triple P“ – Selbsthilferatgebers (Morawska & Sanders, 2006) wurde eine telefonische Assistenzbedingung mit dem alleinigen, selbstständigen Durcharbeiten des Buches verglichen. Dort fanden sich ähnliche Effektstärken und Signifikanzen für die abhängigen Variablen, allerdings erzielte die Bedingung mit telefonisch-professioneller Unterstützung bessere Werte für klinisch relevante Veränderungen mit Hilfe verschiedener Maße, u.a. dem Reliable Change Index. Es ist daher wichtig, in zukünftigen Studien zum einen einen direkten Vergleich dieser Bedingungen (mit und ohne therapeutischen Kontakt) zu haben und zum anderen die differenzielle Veränderung nicht nur auf der globalen Ebene der Wirksamkeit zu untersuchen, sondern auch klinisch bedeutsame Veränderungen mit einzubeziehen.

7.5 Drop-out-Rate

In der vorliegenden Studie ist es gelungen (möglicherweise gerade aufgrund des niederschweligen Angebots), die Drop-out-Rate mit 9 % sehr gering zu halten. In vorangegangener bibliothераpeutischer Forschung, in der zu einem großen Teil keine Drop-out-Raten berichtet werden, liegt die berichtete Rate zwischen 15 (Mimeault & Morin, 1999) und 30 % (Febbraro et al., 1999). Aufgrund der Einbeziehung der Drop-out-Rate in die Berechnungen kann zumindest davon ausgegangen werden, dass die Wirksamkeit des Selbsthilfemanuals „Triple P“ mit Telefonkontakten nicht überbewertet wird, da die Eltern, die nicht bis zum Ende der Untersuchung teilnahmen, mit einer konservativen Schätzung in die Ergebnisse einfließen.

7.6 Kritische Anmerkungen

Für alle Ergebnisse der vorliegenden Studie ist kritisch anzumerken, dass es sich bei der Messung der abhängigen Variablen um Fragebogen-Werte und damit um Selbsteinschätzungen handelt, da es nicht möglich war, Verhaltensbeobachtungen in den Familien durchzuführen. Eine Verhaltensbeobachtung erfordert mindestens einen Hausbesuch vor und nach dem Lesen des Elternratgebers und ist mit der Idee, das Angebot möglichst niederschwellig zu gestalten, schwierig in Übereinstimmung zu bringen. Allerdings ist bei den bereits im Selbstbericht zwischen Müttern und Vätern beobachteten Diskrepanzen zunächst einmal nicht zu erwarten, dass hier ein eindeutigeres Ergebnis mit einer Verhaltensbeobachtung erzielt worden wäre. Morawska und Sanders (2006) fanden im Rahmen ihrer Präventionsstudie mit dem Selbsthilferatgeber auch keine Effekte in der Verhaltensbeobachtung, obwohl Sanders und Kollegen (2000) bei ihren frühen Interventionsstudien (d.h. mit bereits zum Prä-Zeitpunkt stärker beeinträchtigten Kindern) kongruente Effekte zwischen beiden Methoden zeigen konnten. Ihre Erklärung ist daher dass Decken- und Bodeneffekte die Verhaltensbeobachtungsdaten beeinflussen und dass dies zu einer mangelnden Sensitivität dieser Methode in Präventionsforschung führe.

Weiterhin ist kritisch anzumerken, dass aufgrund des unausgeglichene Verhältnisses zwischen abhängigen Variablen und Anzahl der untersuchten Familien möglicherweise die Anzahl zufällig signifikanter Ergebnisse erhöht ist. Das bedeutet, dass es möglicherweise Zufallsergebnisse gibt, die die ein oder andere Hypothese als bestätigt annehmen.

Eine weitere Einschränkung der vorliegenden Studie ergibt sich daraus, dass Familien mit einem hohen sozioökonomischen Status in der vorliegenden Studie überrepräsentiert sind. Auch andere Autoren stellten eine Selbstselektion der teilnehmenden Familien fest (z.B. Taylor & Biglan, 1998). Das bedeutet, dass die gefundene Wirksamkeit der bibliopräventiven Maßnahme nicht uneingeschränkt generalisiert werden kann. Es ist zunächst also erst einmal nur anzunehmen, dass Eltern, die über gute Lesefähigkeit und Motivation verfügen, diese Resultate erzielen. Auch andere Autoren haben bereits das Problem der sozialen Schicht und ihrer Selbstselektion in bestimmten Formen von Präventionsprogrammen diskutiert (Heinrichs et al., 2005; Bertram, Heinrichs et al., under review). In gesundheitspolitische Überlegungen sollten diese Befunde unbedingt Eingang finden, denn sie illustrieren, dass ein einzelnes Format nicht ausreichend ist, um auf einer Populationsebene ein Präventionssystem

zu implementieren. Elternratgeber in Form eines Buches sind eine wirksame und niederschwellige Form der Prävention für Eltern mit entsprechender Bildung.

8 Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurde der Elternratgeber „Triple P“ evaluiert. Dabei war die bibliotherapeutische Methode als Präventionsmaßnahme von besonderem Interesse. Es wurden die Auswirkungen der bibliotherapeutischen Präventionsmaßnahme auf das Erziehungsverhalten, auf die kindlichen Verhaltensauffälligkeiten, die Befindlichkeit der Eltern und die partnerschaftliche Qualität untersucht.

Für die Untersuchung der Fragestellung wurden 69 Familien mit Kindern im Alter zwischen zwei und sechs Jahren zufällig einer Experimental- oder Kontrollgruppe zugeteilt. Die Experimentalgruppe führte den Elternratgeber mit telefonischer Unterstützung innerhalb von 10 Wochen durch, die Kontrollgruppe erhielt den Elternratgeber nach drei Monaten. Beide Gruppen erhielten zu Beginn der Untersuchung und nach drei Monaten verschiedene Fragebögen zur Erfassung des elterlichen Erziehungsverhaltens, der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten, der Befindlichkeit der Eltern und der partnerschaftlichen Qualität.

Die Vermutung, dass das elterliche Erziehungsverhalten verbessert und die kindlichen Verhaltensauffälligkeiten reduziert werden, konnte für die Mütter dieser Untersuchung bestätigt werden. Die Mütter gaben nach der Durchführung des Elternratgebers eine signifikante Verbesserung des Erziehungsverhaltens an und berichteten weniger Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder als vor der Durchführung der Maßnahme. Des Weiteren konnte eine hohe Zufriedenheit mit dem Programm erreicht werden, welches zeigt, dass Eltern für die bibliotherapeutische Form von Präventionsmaßnahmen offen sind.

Für die Väter ließ sich die Hypothese der Reduktion der Verhaltensauffälligkeiten und der Verbesserung des Erziehungsverhaltens nur teilweise bestätigen, welches möglicherweise an der geringeren Beteiligung der Väter lag. Sie berichteten eine Reduktion der externalen Verhaltensauffälligkeiten und eine Reduktion ungünstiger Erziehungsverhaltensweisen. In zukünftigen Untersuchungen sollte versucht werden, auch Väter verstärkt in bibliotherapeutische Programme einzubeziehen.

Der „Triple-P“-Elternratgeber kann als eine wirksame Präventionsmaßnahme angesehen werden. Eine Einschränkung der vorliegenden Studie ergibt sich daraus, dass Familien mit einem hohen sozioökonomischen Status überrepräsentiert sind. Zukünftige Untersuchungen

sollten daher klären, ob diese Maßnahme sich ausschließlich für Eltern mit hohem Bildungsstand eignet bzw. welche Eltern Bibliothherapie sinnvoll nutzen können. Weiterhin sollte in zukünftiger Forschung berücksichtigt werden, wie weit der Triple-P-Elternratgeber auch ohne Telefonkontakte eine wirksame Präventionsmaßnahme darstellt. Darüber hinaus sollte in zukünftiger Forschung eine größere Stichprobe zu Grunde gelegt werden, um die gefundenen Ergebnisse replizieren und verstärken zu können.

9 Literaturverzeichnis

- Ackerson, J., Scogin, F., McKendee-Smith, N. & Lyman, R.D. (1998). Cognitive bibliotherapy for mild and moderate adolescent depressive symptomatology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 685-690.
- Adams, S.J. & Pitre, N.L. (2000). Who uses bibliotherapy and why? A survey from an underserved area. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 645-649.
- Anderson, J. & Werry, J.S. (1994). Emotional and behavioural problems. In I.B. Pless (ed.), *The epidemiology of childhood disorders* (304-338). Oxford: Oxford Press.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung. 2. Auflage mit deutschen Normen*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- Arnold, D.S., O'Leary, S.G., Wolff, L.S. & Acker, M.M. (1993). The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment*, 5, 137-144.
- Aßhauer, M. & Hanewinkel, R. (2000). Lebenskompetenztraining für Erst- und Zweitkläßler: Ergebnisse einer Interventionsstudie. *Kindheit und Entwicklung*, 9, 251-263.
- Beelmann, A. (2003). Effektivität behavioraler Elterntrainingsprogramme: Ergebnisse zweier Pilotstudien zur Prävention dissozialen Verhaltens. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 50, 310-323.
- Berman, J.S., & Norton, N.C. (1985). Does professional training make a therapist more effective? *Psychological Bulletin*, 98, 401-406.

- Bertram, H., Heinrichs, N., et al. (under review). Removing parent-reported barriers for participation in parent training: Does it help?
- Brestan, E. V. & Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments for conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5.772 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 180-189.
- Brezinka, V. (2003). Zur Evaluation von Präventivinterventionen für Kinder mit Verhaltensstörungen. *Kindheit und Entwicklung*, 12, 71-83.
- Bodenmann, G., Moser, C., Widmer, K. & Cina, A. (2001). Bibliothérapien: Wie wirksam ist das autodidaktische Studium eines Partnerschaftsselbsthilfebuchs? *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 9, 158-167.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York (Basic Books).
- Carter, J.C. & Fairburn, C.G. (1998). Cognitive-behavioral self-help for binge eating disorder: A controlled effectiveness study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 616-623.
- Cedar, B. & Levant, R.F. (1990). A meta-analysis of the effects of parent effectiveness training. *American Journal of Family Therapy*, 18, 373-384.
- Chambless, D.L. & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Christensen, A. (1987). Detection of conflict patterns in couples. In Hahlweg, K. & Goldstein, M. J. (Eds.), *Understanding major mental disorder: The contribution of family interaction research* (pp. 250-265). New York: Family Process Press.
- Christensen, A. (1988). Dysfunctional interaction patterns in couples. In Noller, P. & Fitzpatrick, M. A. (Eds.), *Perspectives on marital interaction* (pp. 31-52). Philadelphia, PA: Multilingual Matters.

- Christensen, A. & Jacobson, N.S. (1994). Who (or what) can do psychotherapy: The status and challenge of nonprofessional therapies. *Psychological Science*, 5, 8-14.
- Christensen, A., Johnson, S.M., Phillips, S. & Glasgow, R.E. (1980). Cost effectiveness in behavioral family therapy. *Behavior Therapy*, 11, 208-226.
- Cierpka, M. (2005). *Möglichkeiten der Gewaltprävention*. Vandenhoeck-Ruprecht-Verlag: Göttingen.
- Coie, J.D., Watt, N.F., West, S.G., Hawkins, J.D., Asarnow, J.R., Markman, H.J., Ramey, S.L., Shure, M.B., Long, B. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, 48, 1013-1022.
- Conduct Problems Preventions Research Group (CPPRG) (1999a). Initial impact of the Fast Track prevention trial for conduct problems: I. The high-risk sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 631-647.
- Conduct Problems Preventions Research Group (CPPRG) (1999b). Initial impact of the Fast Track prevention trial for conduct problems: II. Classroom effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 648-657.
- Connell, S., Sanders, M.R. & Markie-Dadds, C. (1997). Self-directed behavioral family intervention for parents of oppositional children in rural and remote areas. *Behavior Modification*, 21, 379-408.
- Cuijpers, P. (1997). Bibliotherapy in unipolar depression: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28, 139-147.
- Curry, S.J., McBride, C., Grothaus, L.C., Louie, D. & Wagner, E.H. (1995). A randomized trial of self-help materials, personalized feedback, and telephone counseling with nonvolunteer smokers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 1005-1014.

- Danforth, J.S., Harvey, E., Ulaszek, W.R. & McKee, T.E. (2006). The outcome of group parent training for families of children with attention-deficit hyperactivity disorder and defiant/aggressive behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 188-205.
- Dumas, J.E. (1989). Treating antisocial behavior in children: Child and family approaches. *Clinical Psychology Review*, 9, 197-222.
- Du Plock, Simon (2005). 'Silent Therapists' and 'the Community of Suffering': Some Reflections on Bibliotherapy from an Existential-Phenomenological Perspective. *Existential Analysis*, 16, 300-309.
- Durlak, J. (1979). Comparative effectiveness of paraprofessional and professional helpers. *Psychological Bulletin*, 86, 80-92.
- Durlak, J. & Wells, A. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25, 115-152.
- Elgar, F.J. & McGrath, P.J. (2003). Self-administered psychosocial treatments for children and families. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 321-339.
- Fabiano, G.A. (2006). Behavioral parent training for fathers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Effectiveness of the intervention and a comparison of two formats. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 4480.
- Febbraro, G.A. (2005). An Investigation Into the Effectiveness of Bibliotherapy and Minimal Contact Interventions in the Treatment of Panic Attacks. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 763-779.
- Febbraro, G.A., Clum, G.A., Roodman, A.A. & Wright, J.H. (1999). The limits of bibliotherapy: A study of the differential effectiveness of self-administered interventions in individuals with panic attacks. *Behavior Therapy*, 30, 209-222.

- Floyd, M., Scogin, F., McKendree-Smith, N.L., Floyd, D.L., Rokke, P.D. (2004). Cognitive Therapy for Depression: A Comparison of Individual Psychotherapy and Bibliotherapy for Depressed Older Adults. *Behavior Modification*, 28, 297-318.
- Forehand, R., Wells, K. C., & Griest, D. L. (1980). An examination of the social validity of a parent training program. *Behavior Therapy*, 11, 488-502.
- Fox, R. A. (1994). *Parent Behavior Checklist Manual*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, R., Renfrew, D. & Mullick, M. (2000). Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaire. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 644-651.
- Gordon, T. (1975). *Parent effectiveness training: The tested way to raise responsible children*. New York: Wyden.
- Gould, R.A. & Clum, G.A. (1993). A meta-analysis of self-help treatment approaches. *Clinical Psychology Review*, 13, 169-186.
- Gould, R.A. & Clum, G.A. (1995). Self-help plus minimal therapist contact in the treatment of panic disorder: A replication and extension. *Behavior Therapy*, 26, 533-546.
- Gould, R.A., Clum, G.A. & Shapiro, D. (1993). The use of bibliotherapy in the treatment of panic: A preliminary investigation. *Behavior Therapy*, 24, 241-252.
- Grahlmann, K. & Linden, M. (2005). Bibliotherapie. *Verhaltenstherapie*, 15, 88-93.
- Greenberg, M.T., Domitrovich, C. & Bumberger, B. (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: Current state of the field. *Prevention & Treatment*, 4,

- Hattie, J.A., Sharpley, C.F., & Rogers, H.J. (1984). Comparative effectiveness of professional and paraprofessional helpers. *Psychological Bulletin*, 95, 534-541.
- Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993). Allgemeine Depressionsskala (ADS). Göttingen: Hogrefe.
- Heinrichs, N. (2005). The effects of two different incentives on recruitment rates of families into a prevention program. *Journal of Primary Prevention*.
- Heinrichs, N., Bertram, H., Kuschel, A., & Hahlweg, K. (2005). Parent recruitment and retention in a universal prevention program for child behavior and emotional problems: Barriers to research and program participation. *Prevention Science*.
- Heinrichs, N., Sassman, H., Hahlweg, K. & Perrez, M. (2002). Prävention kindlicher Verhaltensstörungen. *Psychologische Rundschau*, 53, 170-183.
- Heifetz, L. (1977). Behavioral training for parents of retarded children: Formats based on instructional manuals. *American Journal of Mental Deficiency*, 82, 194-203.
- Helbig, S., Hahnel, A., Weigel, B. & Hoyer, J. (2004). Wartezeit für Psychotherapiepatienten - Und wie sie zu nutzen ist. *Verhaltenstherapie*, 14, 294-302.
- Henrich, G., & Herschbach, P. (2000). Fragen zur Lebenszufriedenheit (FLZ-M). In U. Ravens-Sieberer, A. Cieza, M. Bullinger, N. von Steinbuechel & E. Poepfel (Hrsg.), *Lebensqualität und Gesundheitsoekonomie in der Medizin. Konzepte, Methoden, Anwendung* (S. 98-110). Landsberg: ecomed.
- Klasen, H., Woerner, W., Wolke, D., Meyer, R., Overmeyer, S., Kaschnitz, W. et al. (2000). Comparing the german versions of the strenghts and difficulties questionnaire (SDQ-DEU) and the child behavior checklist. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9, 271-276.

- Köppe, E. (2001). *Glückliche Eltern - Liebe Kinder? Auswirkungen von Partnerschaft und psychischer Symptomatik der Eltern auf das Verhalten ihrer Kinder*. Unveröffentlichte Dissertation, Technische Universität Braunschweig.
- Kröger, C., Hahlweg, K., Braukhaus, C., Fehm-Wolfsdorf, G., Groth, T. & Christensen, A. (2000). Fragebogen zur Erfassung partnerschaftlicher Kommunikationsmuster (FPK): Reliabilität und Validität. *Diagnostica*, 46, 189-198.
- Lidren, D. M., Watkins, P. L., Gould, R. A., Clum, G. A., Asterino, M. & Tulloch, H. L. (1994). A comparison of bibliotherapy and group therapy in the treatment of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 865-869.
- Mains, J.A. & Scogin., F.R. (2003). The effectiveness of self-administered treatments: A practice-friendly review of the research. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 237-246.
- Marinez, C.R. & Forgatch, M.S. (2001). Preventing problems with boys' non-compliance: effects of a parent training intervention for divorcing mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 416-428.
- Markie-Dadds, C. & Sanders, M.R. (2006). Self-Directed Triple P (Positive Parenting Program) for Mothers with Children at-Risk of Developing Conduct Problems. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 259-275.
- Marrs, R.W. (1995). A meta-analysis of bibliotherapy studies. *American Journal of Community Psychology*, 23, 843-870.
- Martinez, C.R. & Forgatch, M.S. (2001). Preventing problems with boys' noncompliance: Effects of a parent training intervention for divorcing mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 416-428.
- Mimeault, V. & Morin, C.M. (1999). Self-help treatment for insomnia: Bibliotherapy with and without professional guidance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 511-519.

- Morawska, A. & Sanders, M.R (2006). Self-administered behavioural family intervention for parents of toddlers: Part I - efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 10-19.
- Munoz, R.F., Mrazek, P.J. & Haggerty, R.J. (1996). Institute of Medicine Report on Prevention of mental disorders. *American Psychologist*, 51, 1116-1122.
- Murray, K., Pombo-Carril, M., Bara-Carril, N., Grover, M., Reid, Y., Langham, C., Birchall, H., Williams, C., Treasure, J. & Schmidt, U. (2003). Factors determining uptake of a CD-ROM-based CBT self-help treatment for bulimia: Patient characteristics and subjective appraisals of self-help treatment. *European Eating Disorders Review*, 11, 243-260.
- Newman, M. G., Erickson, T., Przeworski, A. & Dzus, E. (2003). Self-help and minimal contact therapies for anxiety disorders: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Journal of Clinical Psychology*, 59, 251-274.
- Palmer, R. L., Birchall, H., McGrain, L. & Sullivan, V. (2002). Self-help for bulimic disorders: A randomised controlled trial comparing minimal guidance with face-to-face or telephone guidance. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 230-235.
- Pardeck, J.T. (1992). Using bibliotherapy in treatment with children in residential care. *Residential Treatment for Children and Youth*, 9, 73-90.
- Pardeck, J.T. (1991). Using bibliotherapy to prevent and treat adolescent chemical dependency. *Adolescence*, 26, 201-208.
- Petermann, F. (2003). Prävention von Verhaltensstörungen. *Kindheit und Entwicklung*, 12, 65-70.
- Pössel, P. & Hautzinger, M. (2003). Prävention von Depression bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 12, 154-163.

- Rapee, R.M., Abbott, M.J., Lyneham, H.J. (2006). Bibliotherapy for Children With Anxiety Disorders Using Written Materials for Parents: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 436-444.
- Reeves, T. & Stace, J.M. (2005). Improving patient access and choice: Assisted Bibliotherapy for mild to moderate stress/anxiety in primary care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 341-346.
- Sanders, M. R. (1999). *Video: Überlebenshilfe für Eltern*: Münster: PAG (zu erhalten über www.triplep.de)
- Sanders, M.R., Markie-Dadds, C., Bor, W. & Tully, L.A. (2000). The Triple P – Positive Parenting Program: A comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioural family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 624-640.
- Sanders, M., Markie-Dadds, C. & Turner, K. (2003). *Das Triple P Elternarbeitsbuch. Der Ratgeber zur positiven Erziehung mit praktischen Übungen*. Münster: PAG (zu erhalten über www.triplep.de)
- Scogin, F., Bynum, J., Stephens, G. & Calhoun, S. (1990). Efficacy of self-administered treatment programs: Meta-analytic review. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 42-47.
- Scogin, F., Hanson, A. & Welsh, D. (2003). Self-administered treatment in stepped-care models of depression treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 341-349.
- Scogin, F., Jamison, C. & Gochneaur, K. (1989). Comparative efficacy of cognitive and behavioral bibliotherapy for mildly and moderately depressed older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 403-407.
- Scott, S., Knapp, M., Henderson, J. & Maughan, B. (2001). Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal*, 323, 191-193.

- Serketich, W.J. & Dumas, J.E. (1996). The effectiveness of behavioural parent training to modify antisocial behaviour in children: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 171-186.
- Sharpley, C.F. & Rogers, H.J. (1984). Preliminary validation of the abbreviated Spanier Dyadic Adjustment Scale: Some psychometric data regarding a screening test of marital adjustment. *Educational and Psychological Measurement*, 44, 1045-1049.
- Sloane, H.N., Endo, G.T., Hawkes, T.W. & Jenson, W.R. (1990). Improving child compliance through self-instructional parent training materials. *Child and Family Behavior Therapy*, 12, 39-64.
- Steinhausen, H.-C., Winkler Metzke, C., Meier, M. & Kannenberg, R. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: The Zürich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 262-271.
- Strayhorn, J. M. & Weidman, C. S. (1988). A Parent Practices Scale and its relation to parent and child mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 613-618.
- Taylor, T.K. & Biglan, A. (1998). Behavioral family interventions for improving child-rearing: A review of the literature for clinicians and policy makers. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1, 41-60.
- Troop, N., Schmidt, U., Tiller, J., Todd, G., Keilen, M. & Treasure, J. (1996). Compliance with a self-care manual for bulimia nervosa: Predictors and outcome. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 435-438.
- Waldron, B., Sharry, J., Fitzpatrick, C., Behan, J. & Carr, A. (2002). Measuring children's emotional and behavioural problems: Comparing the Child Behaviour Checklist and the Strengths Difficulties Questionnaire. *The Irish Journal of Psychology*, 23, 18-26.

-
- Webster-Stratton, C. (1992). Individually administered videotape parent training: Who benefits?. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 31-35.
- Webster-Stratton, C., Kolpacoff, M. & Hollinsworth, T. (1988). Self-administered videotape therapy for families with conduct-problem children: Comparison with two cost-effective treatments and a control group. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 558-566.
- Wright, J., Clum, G. A., Roodman, M. & Febbraro, G. A. (2000). A bibliotherapy approach to relapse prevention in individuals with panic attacks. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 483-499.
- Zhu, S.H., Stetch, V., Balabanis, M. & Rosbrook, B. (1996). Telephone counseling for smoking cessation: Effects of single-session and multiple-session interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 202-211.

Anhang A

Tabelle 1: Soziodemographische Charakteristika der Stichproben (KG = Kontrollgruppe;

ExG = Experimentalgruppe)

		KG		ExG		t	p	
	N		N					
Alter der Mütter	32	35.3 (5.3)		37	35.2 (5.5)		0.1	ns
Alter der Väter	30	38.2 (6.3)		35	38.1 (4.5)		0.1	ns
Alter des Index-Kindes	32	3.7 (1.0)		37	3.5 (1.0)		0.8	ns
Anzahl Geschwister	32	0.91 (0.78)		37	1.00 (0.83)		0.6	ns
		N	%	N	%	chi ²		
Geschlecht Kind								
	Mädchen	16	50	18	49	0.01	ns	
	Jungen	16	50	19	51			
Schulabschluss								
Mutter								
	HS/RS	14	44	11	30	1.5	ns	
	Abitur/FH-Reife	18	56	26	70			
Vater								
	HS/RS	9	30	8	23	0.4	ns	
	Abitur/FH-Reife	21	70	27	77			
Haushaltseinkommen (€)								
	< 1.499	5	18	4	11	0.8	ns	
	1.500 - 2.999	9	32	10	29			
	> 3.000	14	50	21	60			
Migrationsstatus								
	nicht deutsch	1	3	3	8			
	deutsch	31	97	34	92			

Tabelle 2: Mittlere Rohwerte des günstigen und ungünstigen Erziehungsverhaltens der Mütter

	Experimentalgruppe (N=35)		Kontrollgruppe (N=32)		
	Prä	Post	Prä	Post	
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	F
EFB					
Gesamtwert	3.2 (0.6)	2.6 (0.7)	3.1 (0.5)	3.0 (0.6)	21.4**
Skala Überreagieren	3.5 (0.9)	2.9 (0.9)	3.4 (0.7)	3.3 (0.7)	13.5**
Skala Nachsichtigkeit	2.3 (0.7)	2.0 (0.6)	2.3 (0.7)	2.3 (0.6)	4.2*
Skala Weitschweifigkeit	4.2 (1.2)	2.9 (1.2)	3.7 (1.0)	3.7 (1.0)	25.7**
FZEV					
Gesamtwert	2.2 (0.4)	2.3 (0.3)	2.2 (0.4)	2.1 (0.3)	5.0*

Anmerkungen: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

* p <.05; ** p <.01

Tabelle 3: Lebenszufriedenheit (FLZ) und psychische Befindlichkeit (ADS) der Mütter

	Experimentalgruppe (N=37)		Kontrollgruppe (N=32)		F
	Prä	Post	Prä	Post	
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	
FLZ					
Gesamtwert	57.3 (30.1)	65.0 (35.1)	54.2 (34.2)	54.1 (29.8)	1.3
ADS					
Gesamtwert	10.4 (6.3)	10.5 (8.2)	12.2 (6.4)	12.3 (9.6)	0.0

Anmerkungen: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Tabelle 4: Mittlere Rohwerte des ungünstigen und günstigen Erziehungsverhaltens der Väter

	Experimentalgruppe (N=24)		Kontrollgruppe (N=19)		
	Prä	Post	Prä	Post	
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	F
EFB					
Gesamtwert	3.0 (0.5)	2.7 (0.6)	3.0 (0.4)	3.0 (0.5)	2.9
Skala Überreagieren	3.1 (1.0)	2.9 (0.9)	3.2 (0.7)	3.1 (0.9)	0.2
Skala Nachsichtigkeit	2.5 (0.7)	2.1 (0.6)	2.3 (0.5)	2.2 (0.6)	2.0
Skala Weitschweifigkeit	4.0 (1.0)	3.5 (1.1)	4.0 (1.0)	4.0 (1.1)	4.1*
FZEV					
Gesamtwert	2.1 (0.4)	2.2 (0.5)	2.0 (0.4)	2.0 (0.4)	0.0

Anmerkungen: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

* $p < .05$

Tabelle 5: Lebenszufriedenheit (FLZ) und psychische Befindlichkeit (ADS) der Väter

	Experimentalgruppe (N=23)		Kontrollgruppe (N=19)		F
	Prä	Post	Prä	Post	
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	
FLZ					
Gesamtwert	56.3 (39.1)	64.2 (38.8)	44.2 (33.0)	52.0 (35.3)	0.0
ADS					
Gesamtwert	9.7 (8.1)	7.7 (7.2)	10.3 (5.6)	9.5 (10.2)	0.3

Fragebogen für Mütter

Hinweise zur Bearbeitung

Die Fragebogen, die wir für Sie zusammengestellt haben, sind in vier verschiedene Bereiche unterteilt:

1. Bereich „**Mein Kind**“: Auf diesen Seiten werden Sie gebeten, eine Reihe von Angaben zum Verhalten Ihres Kindes und zu seinen Eigenschaften zu machen.
2. Bereich „**Mutter- und Vaterrolle**“: Hier möchten wir Sie bitten, einige Aussagen zum Thema Erziehung und Elternschaft einzuschätzen.
3. Bereich „**Sie als Eltern**“: Auf diesen Seiten möchten wir Sie zu folgenden Bereichen befragen: persönliches Befinden und Lebenszufriedenheit, soziale Unterstützung und Erziehungsverhalten Ihrer eigenen Eltern.
4. Bereich „**Mein Partner und ich**“: Am Schluss bitten wir Sie, einige Punkte in Bezug auf Partnerschaft und Erziehungskonflikte einzuschätzen, sofern Sie mit einem Partner zusammenleben.

Bitte beantworten Sie die Fragen ohne allzu lange zu überlegen. Es ist wichtig, dass Sie alle Fragen beantworten und keine Fragen auslassen. Wenn Sie bei einer einzelnen Frage den Eindruck haben, dass sie nicht zutrifft oder wenn Sie eine Frage nicht verstehen, vermerken Sie das im Fragebogen. Bei dem nächsten Telefonat können diese Punkte dann geklärt werden.

Damit die Fragebogen möglichst zuverlässig sind, kommen verschiedene Bereiche mehrfach vor. Wundern Sie sich also nicht, wenn sich Fragen wiederholen oder wenn Fragen ähnlich formuliert sind.

Wir wissen, dass viele Bereiche, die wir erfragen, sehr persönlich sind und ein hohes Maß an Offenheit verlangen. Deshalb möchten wir an dieser Stelle nochmals darauf hinweisen, dass Ihre Angaben selbstverständlich streng vertraulich behandelt werden.

Wir danken Ihnen ganz herzlich für das Ausfüllen der Fragebogen!

Datum: _____

ID: | | | | | | |

Zentrum Kita Gruppe Kind



Fragebogen für Väter

Hinweise zur Bearbeitung

Die Fragebogen, die wir für Sie zusammengestellt haben, sind in vier verschiedene Bereiche unterteilt:

1. Bereich „**Mein Kind**“: Auf diesen Seiten werden Sie gebeten, eine Reihe von Angaben zum Verhalten Ihres Kindes und zu seinen Eigenschaften zu machen.
2. Bereich „**Mutter- und Vaterrolle**“: Hier möchten wir Sie bitten, einige Aussagen zum Thema Erziehung und Elternschaft einzuschätzen.
3. Bereich „**Sie als Eltern**“: Auf diesen Seiten möchten wir Sie zu folgenden Bereichen befragen: persönliches Befinden und Lebenszufriedenheit, soziale Unterstützung und Erziehungsverhalten Ihrer eigenen Eltern.
4. Bereich „**Mein Partner und ich**“: Am Schluss bitten wir Sie, einige Punkte in Bezug auf Partnerschaft und Erziehungskonflikte einzuschätzen, sofern Sie mit einem Partner zusammenleben.

Bitte beantworten Sie die Fragen ohne allzu lange zu überlegen. Es ist wichtig, dass Sie alle Fragen beantworten und keine Fragen auslassen. Wenn Sie bei einer einzelnen Frage den Eindruck haben, dass sie nicht zutrifft oder wenn Sie eine Frage nicht verstehen, vermerken Sie das im Fragebogen. Bei dem nächsten Telefonat können diese Punkte dann geklärt werden.

Damit die Fragebogen möglichst zuverlässig sind, kommen verschiedene Bereiche mehrfach vor. Wundern Sie sich also nicht, wenn sich Fragen wiederholen oder wenn Fragen ähnlich formuliert sind.

Wir wissen, dass viele Bereiche, die wir erfragen, sehr persönlich sind und ein hohes Maß an Offenheit verlangen. Deshalb möchten wir an dieser Stelle nochmals darauf hinweisen, dass Ihre Angaben selbstverständlich streng vertraulich behandelt werden.

/ir danken Ihnen ganz herzlich für das Ausfüllen der Fragebogen!

Datum: _____

ID: |_|_|_|_|_|_|_|

Zentrum Kita Gruppe Kind



ID: _____

In diesem Fragebogen geht es um Strategien, die im Triple P-Elternratgeber behandelt worden sind. Schätzen Sie bitte für jede Strategie ein, wie häufig Sie diese anwenden. Berücksichtigen Sie dabei die letzten zwei Monate.

	nie	selten höchstens 1x / Monat	manchmal höchstens 1x / Woche	oft mehrmals pro Woche	sehr oft täglich
1. Wertvolle Zeit verbringen	①	②	③	④	⑤
2. Mit Ihrem Kind sprechen	①	②	③	④	⑤
3. Zuneigung zeigen	①	②	③	④	⑤
4. Loben	①	②	③	④	⑤
5. Aufmerksamkeit schenken	①	②	③	④	⑤
6. Ideen für spannende Beschäftigungen	①	②	③	④	⑤
7. Lernen am Modell	①	②	③	④	⑤
8. Beiläufiges Lernen	①	②	③	④	⑤
9. Fragen-Sagen-Tun	①	②	③	④	⑤
10. Punktekarten	①	②	③	④	⑤
11. Familienregeln	①	②	③	④	⑤
12. Direktes Ansprechen	①	②	③	④	⑤
13. Absichtliches Ignorieren	①	②	③	④	⑤
14. Klare, ruhige Anweisungen	①	②	③	④	⑤
15. Logische Konsequenzen	①	②	③	④	⑤
16. Stiller Stuhl	①	②	③	④	⑤
17. Auszeit	①	②	③	④	⑤
18. Kooperationsroutine	①	②	③	④	⑤
19. Routine zur Verhaltensänderung	①	②	③	④	⑤
20. Aktivitätenpläne	①	②	③	④	⑤

VIELEN DANK!

Beurteilung des Triple P-Elternratgebers

ID:

1. Wie würden Sie die Qualität des Triple P-Angebots, das Sie erhalten haben, bewerten?

schlecht

① ② ③ ④ ⑤ ⑥

hervorragend

2. Haben Sie die Tipps bekommen, die Sie erwartet haben?

nein, gar nicht

① ② ③ ④ ⑤ ⑥

ja, völlig

3. Waren die Telefonkontakte fachlich kompetent?

nein, gar nicht

① ② ③ ④ ⑤ ⑥

ja, völlig

4. Hat das Programm Ihren Bedürfnissen entsprochen?

nein, gar nicht

① ② ③ ④ ⑤ ⑥

ja, völlig

5. Wie viele Kapitel des Elternratgebers haben Sie gelesen?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

6. Wie verständlich waren die Inhalte beschrieben?

gar nicht verständlich ① ② ③ ④ ⑤ ⑥

sehr gut verständlich

7. Hat das Programm Ihnen dabei geholfen, besser mit dem Verhalten Ihres Kindes umzugehen?

Nein, gar nicht

① ② ③ ④ ⑤ ⑥

ja, auf jeden Fall

8. Was hat Ihnen gut gefallen?

9. Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie?
